



*UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA*

*Escola Nacional de Saúde Pública*



**7º Curso de Mestrado em Saúde Pública**

**SENTIDO DE COERÊNCIA, LIGAÇÃO MATERNO-  
FETAL E ESTILO DE VIDA DA MULHER  
DURANTE A GRAVIDEZ**

*Gisele Cristina dos Santos Carvalho*

**Lisboa**

**Novembro de 2005**

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**

***Escola Nacional de Saúde Pública***

**7º Curso de Mestrado em Saúde Pública**

**SENTIDO DE COERÊNCIA, LIGAÇÃO MATERNO-  
FETAL E ESTILO DE VIDA DA MULHER  
DURANTE A GRAVIDEZ**

*Gisele Cristina dos Santos Carvalho*

*Dissertação apresentada para obtenção do grau de  
Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de  
Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.*

*Orientação:  
Dr. Luís Ângelo Saboga Nunes*

**Lisboa**

**2005**

## **DEDICATÓRIA**

À vó Thereza, à vó Di e à minha mãe, MÃES.

Ao meu pai, meus irmãos, meus sobrinhos e ao Jorge.

## **AGRADECIMENTOS**

São muitas as pessoas que merecem o meu «Muito obrigada!» por terem contribuído, das mais diversas formas, na concretização deste sonho e na construção de um percurso tão agradável:

- Professora Doutora Isabel Loureiro, pelo carinho no acolhimento, pela determinação na coordenação do curso e pela inspiração no tema;
- Mestre Luis Ângelo Saboga Nunes, pela disponibilidade, confiança e incentivo que marcaram a sua orientação e pelo entusiasmo que semeou em relação ao sentido de coerência;
- Doutor Pedro Aguiar, por toda a simpatia, paciência e eficiência demonstradas na dura incumbência de nos fazer compreender e gostar da estatística;
- Doutor Vítor Ramos e Doutora Cláudia Conceição, pelo reforço positivo, pela ajuda na concretização de alguns objectivos e pela boa disposição com que sempre fizeram isso;
- Doutora Isabel Andrade, pela revisão da bibliografia desta dissertação e por toda a disponibilidade em ajudar desde o início do curso;
- Toda a equipa da biblioteca, pelo excelente trabalho que desempenham e pela delicadeza com que sempre me receberam;
- Manuela e Marta, pela competência e simpatia;
- Lúcia e Lina, pelo carinho e alegria da hora do café;
- Todos os meus colegas de turma, pelos momentos intensos, ricos e felizes e porque me trouxeram uma primeira impressão excelente do povo português;
- Helena, Isabel e Joana, pela amizade que surgiu dentro da Escola, cresceu muito aqui fora e continua a proporcionar muitas alegrias;
- Todos os integrantes da Unidade Coordenadora Funcional da área de abrangência do Hospital de São Francisco Xavier, em especial o coordenador Doutor António Honrado Lucas, pelo exemplo profissional e pela viabilização rápida e tranquila do processo de autorização para a colheita de dados nos serviços de saúde materna dos centros de saúde desta área de abrangência;
- Doutora Cesaltina Mendes, directora do Centro de Saúde de Santo Condestável, Doutora Elisabete Serra, directora do Centro de Saúde de Oeiras, Doutora Alice Granja,

directora do Centro de Saúde de Ajuda, Doutora Helena Monteiro, directora do Centro de Saúde de Carnaxide e Doutora Amália Maria Aguiar, directora do Centro de Saúde de Alcântara, pela disponibilização dos serviços de saúde materna dos referidos centros de saúde como locais de colheita de dados para esta investigação;

- Enfermeiras Salomé Grilo, Cristina Trindade e Cristina Narciso, do Centro de Saúde de Oeiras, e Enfermeira Clara Loureiro, Sra. Marília e Sra. Maria Teresa, do Centro de Saúde de Carnaxide extensão Linda-a-Velha, pelo apoio directo ao processo de colheita de dados;
- Todas as mulheres grávidas que participaram no estudo, porque foram um grande incentivo;
- Doutora Sofia Guiomar do Centro de Estudos de Nutrição do INSA e Doutora Isabel Lavinha da Maternidade Alfredo da Costa, pela disponibilidade em me auxiliar nas questões relativas à Nutrição;
- Doutora Ana Oliveira, pelo apoio paralelo nas questões referentes à estatística e pela boa vontade e delicadeza com que sempre o fez sem sequer me conhecer;
- Beta, Renata, João, Tânia, Tita e Manuel, pela amizade e tudo o que ela representa;
- Meus pais e meus irmãos, por estarem sempre presentes, por todo o apoio e pelo amor que nunca deixaram faltar e que tanto sentido dá à minha vida;
- Meus sobrinhos, porque basta olhar para eles...;
- Minhas cunhadas, por completarem tanto o que parecia completo;
- Meus avós e toda a minha família, pelo orgulho e pela felicidade que vocês me proporcionam;
- António e Estrelinha, porque aqui também me sinto em família;
- Jorge, por me proporcionar este e tantos outros sonhos que corriam o risco de permanecerem apagados dentro de mim e porque a vida é ainda mais bonita ao seu lado.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

CDC – Centers for Disease Control and Prevention of the United States

EV – Estilo de Vida

EUA – Estados Unidos da América

FAO – Food and Agriculture Organization of the United States

IMC – Índice de Massa Corporal (peso em kg / altura<sup>2</sup> em metros)

LMF – Ligação Materno-Fetal

MFAS – Maternal-Fetal Attachment Scale

OMS / WHO – Organização Mundial de Saúde / World Health Organization

OTIS – Organization of Teratology Information Services of the United States

QOV – Questionário Orientação para Viver

SCO – Sentido de Coerência

UNICEF - United Nations Children's Fund

UNU – United Nations University

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## **RESUMO**

Um dos grandes desafios actuais enfrentados pela Saúde Pública diz respeito ao fardo representado pelas doenças crónicas não transmissíveis enquanto co-responsáveis pela maioria das mortes que ocorrem no mundo, pela significativa e progressiva redução da qualidade de vida e aumento das incapacidades dos indivíduos afectados e por uma fasquia bastante elevada das despesas em saúde.

Entretanto, a complexa dinâmica genética, biológica, psicológica, afectiva, sócio-cultural e ambiental que envolve o comportamento humano, tão amplamente relacionado com algumas destas doenças – doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro, obesidade, hipertensão, diabetes e doenças osteo-articulares – impõe o desafio constante da busca de novas e efectivas intervenções em promoção da saúde que influenciem positivamente os estilos de vida dos indivíduos, dos grupos e das comunidades.

Sendo o sentido de coerência um traço da personalidade do indivíduo desenvolvido sob a influência directa ou indirecta dos mesmo factores acima referidos, o estabelecimento de uma relação entre este constructo e os comportamentos humanos pode revelar-se promissor para a elaboração de novas intervenções em promoção da saúde.

Por sua vez, a gravidez, talvez por influência da ligação materno-fetal, pode representar um ponto de viragem na vida da mulher no que respeita ao sentido de coerência e aos comportamentos de saúde e um bom começo na vida do bebé que irá nascer sob a influência dos mesmos.

Com a finalidade de contribuir para a construção de intervenções efectivas em promoção da saúde, através da descoberta de prováveis potencialidades salutogénicas dos constructos referidos – sentido de coerência e ligação materno-fetal –, foi desenvolvido um estudo quantitativo, observacional que teve por objectivos: ampliar o conhecimento sobre as mudanças do sentido de coerência no decorrer da vida, especificamente durante a gravidez; ampliar o conhecimento acerca das relações de alguns factores de natureza sócio-demográfica, psico-afectiva e obstétrica com o sentido de coerência das mulheres grávidas e com a ligação materno-fetal; e identificar

possíveis relações entre o sentido de coerência, a ligação materno-fetal e o estilo de vida das mulheres grávidas, este último representado pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso durante a gravidez.

O presente relatório descreve a concepção e os resultados deste estudo, que envolveu a uma amostra de 61 mulheres grávidas que estavam a ser acompanhadas nos serviços de saúde materna dos Centros de Saúde de Carnaxide extensão Linda-a-Velha e de Oeiras, no Distrito de Lisboa, Portugal, entre os meses de Fevereiro e Julho de 2005.

Os resultados demonstram que, para a amostra de 61 mulheres grávidas que responderam ao inquérito por questionário de auto-resposta, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o sentido de coerência e a escolaridade e entre o sentido de coerência e a percepção do próprio estado de saúde. Além disso, foi encontrada alguma evidência das associações entre o sentido de coerência e a faixa etária, estado civil e rendimento mensal familiar e foi observada alguma tendência para que as mulheres grávidas com níveis de sentido de coerência mais elevados consumissem menos álcool do que as mulheres grávidas com níveis de sentido de coerência inferiores. Entretanto, as demais associações testadas não foram confirmadas.

Relativamente à ligação materno-fetal, foram encontradas, para a amostra de 41 mulheres grávidas que participaram do segundo momento de colheita de dados do estudo, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, associações estatisticamente significativas com a escolaridade e o nível de rendimento familiar das mulheres grávidas, não tendo sido confirmadas as demais associações testadas.

Embora não tenham sido estatisticamente evidenciadas as relações entre o sentido de coerência e a ligação materno-fetal e entre estes e os comportamentos de saúde, o carácter preliminar destes resultados, devido à subjectividade do processo de selecção não probabilístico da amostra estudada e à reduzida dimensão desta amostra, e a escassez de estudos descritos na literatura fazem com que seja prudente a realização de estudos de *follow-up*, com amostras de maiores dimensões, aleatórias e representativas da população, para que sejam estabelecidas quaisquer conclusões acerca destas questões.



## **ABSTRACT**

One of the greatest challenges faced by Public Health in nowadays is the burden represented by chronic diseases as co-responsible for the majority of deaths that occurs in the world, for the meaningful and progressive reduction of quality of life and increase of disabilities in affected individuals and for an important part of health expenses.

However, the complexity of the genetic, biological, psychological, emotional, social, cultural and environmental dynamics that involves human behaviours related to some of these diseases – cardiovascular diseases, some kind of cancers, obesity, hypertension, diabetes and joint and bone diseases – poses the continuous challenge of searching for new and effective interventions of health promotion that positively influence individuals, groups and community lifestyles.

Due to the fact that sense of coherence is an individual personality trace directly or indirectly influenced by the same factors listed above, the discovery of a relationship between this construct and human behaviours might be promising to the creation of new health promotion interventions.

On the other hand, pregnancy may represent a turn point to the mother's life and a good start in the baby's life in relation to sense of coherence and health behaviours and It might occur because of the influence of maternal-fetal attachment.

With the purpose of contributing with the creation of effective health promotion interventions through the discovery of probable salutogenic potentials in the referred constructs – sense of coherence and maternal-fetal attachment –, it was developed a quantitative observational study with the following objectives: to increase knowledge about changes in sense of coherence throughout life, specifically during pregnancy; to increase knowledge about the relationship between sense of coherence and maternal-fetal attachment and some social, demographical, psychological, emotional and obstetric factors of pregnant women; to identify probable relationships between sense of coherence, maternal-fetal attachment and pregnant women's lifestyles, represented by diet habits, caffeine consumption, alcohol consumption, smoking habits, physical activity habits and weigh gain during pregnancy.

This report describes the structure and the findings of this study involving a sample of 61 pregnant women who had been followed by health professionals in the mother health services of Carnaxide (Linda-a-Velha unity) and Oeiras Health Centres, in Lisbon, Portugal, between February and July of 2005.

The results show that, for the 61 pregnant women who filled the self-reported questionnaire, it was found a statistically significant association between sense of coherence and education level. It was also found some evidence of the associations between sense of coherence and age, marital status and mensal household income and a trend toward pregnant women with higher levels of sense of coherence to drink less alcoholic beverages than pregnant women with lower levels of sense of coherence. However, the others associations tested were not confirmed.

Regarding maternal-fetal attachment, it was found, for the sample of 41 women who participated in the second moment of data collection, between the 20th and the 24th week of pregnancy, statistically significant associations with education level and mensal household income. The others associations tested were not confirmed.

Although the associations between sense of coherence and maternal-fetal attachment and between these constructs and health behaviours were not confirmed, all findings presented here are considered preliminary because of small dimension of sample and non-probabilistic criteria used for sample selection. What's more, there are almost no studies described in the literature which could confirm or contradict these findings. Therefore, it is better to be careful and develop follow-up studies, with bigger and representative of population samples, before draw any conclusions about these theme.

# ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	22
<b>PRIMEIRO CAPÍTULO</b>	25
<b>1. REVISÃO DA LITERATURA</b>	25
1.1. A SAÚDE PÚBLICA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	25
1.2. OS ESTILOS DE VIDA E OS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE	28
1.2.1. O ESTILO DE VIDA DA MULHER DURANTE A GRAVIDEZ E SUAS IMPLICAÇÕES	31
1.2.1.1. Consumo de tabaco, álcool e cafeína durante a gravidez	32
1.2.1.2. Alimentação e prática de actividade física durante a gravidez	36
1.2.2. FACTORES RELACIONADOS COM O ESTILO DE VIDA DA MULHER DURANTE A GRAVIDEZ	38
1.2.2.1. Factores relacionados com consumo de tabaco, álcool e cafeína durante a gravidez	38
1.2.2.2. Factores relacionados com a alimentação e a prática de actividade física durante a gravidez	39
1.3. A GRAVIDEZ COMO OPORTUNIDADE DE INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	40
1.4. LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	41
1.4.1. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DA LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	42
1.4.2. FACTORES QUE PODEM INFLUENCIAR A LIGAÇÃO MATERNO-FETAL E IMPLICAÇÕES	44
1.5. O PARADIGMA SALUTOGÉNICO E O SENTIDO DE COERÊNCIA	47
1.5.1. OPERACIONALIZAÇÃO DO CONSTRUCTO SCO	51
1.5.2. O SENTIDO DE COERÊNCIA E A SAÚDE	54
1.5.3. O SENTIDO DE COERÊNCIA E OS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE	55
1.5.4. FACTORES QUE PODEM INFLUENCIAR O SENTIDO DE COERÊNCIA	58
1.5.5. O SENTIDO DE COERÊNCIA E A GRAVIDEZ	62
<b>SEGUNDO CAPÍTULO</b>	64
<b>2. PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS</b>	65

<b>TERCEIRO CAPÍTULO</b>	67
<b>3. METODOLOGIA</b>	67
3.1. O DESENHO DO ESTUDO	67
3.1.1. ORIENTAÇÃO PARADIGMÁTICA	67
3.1.2. TIPO DE ESTUDO	67
3.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	69
3.3. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	70
3.3.1. VARIÁVEIS DO SUB-ESTUDO 1	70
3.3.2. VARIÁVEIS DO SUB-ESTUDO 2	71
3.3.2.1. Codificação das variáveis representantes do estilo de vida	74
3.4. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	83
3.4.1. HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 1	83
3.4.2. HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 2	83
3.4.3. HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 3	85
3.4.4. HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 4	86
3.4.5. HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 5	87
3.4.6. HIPÓTESE REFERENTE AO OBJECTIVO 6	88
3.5. POPULAÇÃO, AMOSTRA E GRUPO DE COMPARAÇÃO	88
3.5.1. POPULAÇÃO	88
3.5.2. AMOSTRA E GRUPO DE COMPARAÇÃO	89
3.6. A COLHEITA DOS DADOS	91
3.6.1. O PROCESSO DE COLHEITA DOS DADOS	91
3.6.2. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	92
3.6.2.1. Instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 1ª fase da gravidez	92
3.6.2.2. Instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 2ª fase da gravidez	93
3.6.2.3. Instrumento de colheita de dados para o grupo de comparação do sub-estudo 1	94
3.6.3. PRÉ-TESTE	94
3.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	95
3.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	97

<b>QUARTO CAPÍTULO</b>	99
<b>4. RESULTADOS</b>	99
<b>4.1. ESTATÍSTICA DESCRITIVA</b>	99
4.1.1. Caracterização sócio-demográfica do grupo de comparação de mulheres não grávidas do sub-estudo 1 e da amostra de mulheres grávidas dos sub-estudos 1 e 2 em ambos os momentos de colheita de dados	99
4.1.2. Caracterização do grupo de comparação de mulheres não grávidas do sub-estudo 1 e da amostra de mulheres grávidas dos sub-estudos 1 e 2 em ambos os momentos de colheita de dados relativamente à paridade e à história obstétrica	102
4.1.3. Sentido de coerência do grupo de comparação de mulheres não grávidas do sub-estudo 1 e da amostra de mulheres grávidas dos sub-estudos 1 e 2 em ambos os momentos de colheita de dados	103
4.1.4. Ligação materno-fetal da amostra de mulheres grávidas do sub-estudo 2	105
4.1.5. Variáveis representantes dos estilos de vida da amostra de mulheres grávidas do sub-estudo 2	105
<b>4.2. ESTATÍSTICA APLICADA ÀS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO</b>	110
<b>4.3. CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS UTILIZADAS</b>	154
4.3.1. Consistência interna da escala de medição do sentido de coerência	154
4.3.2. Consistência interna da escala de medição da ligação materno-fetal	155
<b>QUINTO CAPÍTULO</b>	156
<b>5. DISCUSSÃO</b>	156
<b>5.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUNS ASPECTOS METODOLÓGICOS RELEVANTES PARA A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO</b>	156
5.1.1. AMOSTRA	156
5.1.2. COLHEITA DE DADOS	157
5.1.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	157
<b>5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	158
5.2.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 1	158
5.2.1.1. Comparação dos resultados referentes ao objectivo 1 com a literatura	159
5.2.1.2. Conclusões acerca dos resultados do objectivo 1	159
5.2.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 2	159
5.2.2.1 Comparação dos resultados referentes ao objectivo 2 com a literatura	162
5.2.2.2. Conclusões acerca dos resultados do objectivo 2	164
5.2.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 3	165
5.2.3.1 Comparação dos resultados referentes ao objectivo 3 com a literatura	166

5.2.3.2. Conclusões acerca dos resultados do objectivo 3	167
5.2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 4	167
5.2.4.1 Comparação dos resultados referentes ao objectivo 4 com a literatura	169
5.2.4.2. Conclusões acerca dos resultados do objectivo 4	171
5.2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 5	171
5.2.5.1 Comparação dos resultados referentes ao objectivo 5 com a literatura	172
5.2.5.2. Conclusões acerca dos resultados do objectivo 5	172
5.2.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 6	172
5.2.6.1 Comparação dos resultados referentes ao objectivo 6 com a literatura	172
5.2.6.2. Conclusões acerca dos resultados do objectivo 6	173
<b>SEXTO CAPÍTULO</b>	174
<b>6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	174
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	179
<b>ANEXOS</b>	180
Anexo 1 - Instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 1ª fase da gravidez	180
Anexo 2 - Instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 2ª fase da gravidez	199
Anexo 3 - Instrumento de colheita de dados para o grupo de comparação do sub-estudo 1	208
Anexo 4 – Solicitação de autorização e autorização por parte da Dr.ª Mecca Cranley para a utilização da “ <i>Maternal-Fetal Attachment Scale</i> ”	212
Anexo 5 – Solicitação de autorização e autorização por parte da Dr.ª Isabel Mendes para a utilização da “Escala de Ligação Materno-Fetal”	213
Anexo 6 – Solicitação de autorização para a realização do processo de colheita de dados nos Serviços de Saúde Materna dos Centros de Saúde de Oeiras, Carnaxide extensão Linda-a-Velha, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável	214
Anexo 7 – Autorização para a realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Carnaxide extensão Linda-a-Velha	216
Anexo 8 – Autorização para a realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Alcântara	217
Anexo 9 – Carta de agradecimento e de cancelamento das intenções de realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Ajuda	218
Anexo 10 – Solicitação de autorização e autorização para o prolongamento do prazo, até 30 de Setembro de 2005, de realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Oeiras	219

Anexo 11 – Carta de agradecimento pela realização do processo de colheita de dados nos Serviços de Saúde Materna dos Centros de Saúde de Oeiras e de Carnaxide extensão Linda-a-Velha	220
Anexo 12 – Carta de agradecimento pela autorização para a realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Alcântara e explicação pela não concretização do referido processo	221

## ÍNDICE DE QUADROS

	<b>Páginas</b>
<b>Quadro 1.</b> Operacionalização das variáveis do sub-estudo 1	71
<b>Quadro 2.</b> Operacionalização das variáveis do sub-estudo 2	72
<b>Quadro 3.</b> Necessidades energéticas diárias, em condições normais, para o sexo feminino, de acordo com a faixa etária e o nível de actividade física	77
<b>Quadro 4.</b> Análise da variável hábitos alimentares	78
<b>Quadro 5.</b> Recomendações de consumo dos grupos básicos de alimentos em relação às necessidades energéticas diárias dos indivíduos	79
<b>Quadro 6.</b> Ganho de peso recomendado para as mulheres grávidas com base no índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional	82
<b>Quadro 7.</b> Caracterização sócio-demográfica do grupo de comparação de mulheres não grávidas e da amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	99
<b>Quadro 8.</b> Paridade e história obstétrica do grupo de comparação de mulheres não grávidas e da amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	102
<b>Quadro 9.</b> Sentido de coerência do grupo de comparação de mulheres não grávidas e da amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	103
<b>Quadro 10.</b> Caracterização da amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, relativamente às variáveis representantes dos estilos de vida	105
<b>Quadro 11.</b> Caracterização da amostra de mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, relativamente às variáveis representantes dos estilos de vida	108
<b>Quadro 12.</b> Resumo dos resultados encontrados para os testes estatísticos das hipóteses	111
<b>Quadro 13.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para o grupo de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, e para o grupo de comparação de mulheres não grávidas	114
<b>Quadro 14.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para o grupo de mulheres grávidas nos dois momentos, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	115
<b>Quadro 15.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com até 24 anos de idade e de mulheres grávidas com 25 anos ou mais de idade, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	115



<b>Quadro 16.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas portuguesas e de mulheres grávidas estrangeiras, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	117
<b>Quadro 17.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas nulíparas e de mulheres grávidas primíparas ou múltiparas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	118
<b>Quadro 18.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	119
<b>Quadro 19.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	121
<b>Quadro 20.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de menos de €1000,00, com rendimento mensal familiar entre €1000,00 e €1999,99 e com rendimento mensal familiar de €2000,00 ou mais, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	124
<b>Quadro 21.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas sem e com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	127
<b>Quadro 22.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas, com respostas de 1 a 4 e com respostas de 5 a 7 referentes a um diferencial semântico de 7 valores representativos da percepção do próprio estado de saúde, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	128
<b>Quadro 23.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas com até 24 anos de idade e de mulheres grávidas com 25 ou mais anos de idade, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	131
<b>Quadro 24.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas portuguesas e de mulheres grávidas	132

estrangeiras, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)

**Quadro 25.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas nulíparas e de mulheres grávidas primíparas ou múltiparas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41) 133

**Quadro 26.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41) 134

**Quadro 27.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41) 134

**Quadro 28.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, com rendimento mensal familiar entre €1000 e €1999,99 e com rendimento mensal familiar de €2000 ou mais, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41) 136

**Quadro 29.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas sem e com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41) 138

**Quadro 30.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com consumo diário de cafeína <150 mg e com consumo diário de cafeína ≥ 150 mg, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez 141

**Quadro 31.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas que não consumiram e que consumiram álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez 143

**Quadro 32.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas que não consumiram cigarro e que consumiram cigarro nas duas semanas anteriores à colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez 144

**Quadro 33.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com comportamento adequado, com comportamento razoável e com comportamento não adequado relativamente à prática regular de actividade física, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez 145

<b>Quadro 34.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com ganho de peso saudável e com ganho de peso de risco, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	147
<b>Quadro 35.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas com consumo diário de cafeína <150 mg e com consumo diário de cafeína ≥ 150 mg, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	149
<b>Quadro 36.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, que não consumiram e que consumiram álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados (n=41)	150
<b>Quadro 37.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas que não consumiram cigarro e que consumiram cigarro nas duas semanas anteriores à colheita de dados, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	151
<b>Quadro 38.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas com comportamento adequado, com comportamento razoável e com comportamento não adequado relativamente à prática regular de actividade física, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	152
<b>Quadro 39.</b> Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas com ganho de peso saudável e com ganho de peso de risco, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	153

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
<b>Gráfico 1.</b> Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para a amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, e para o grupo de comparação	104
<b>Gráfico 2.</b> Consumo diário de cafeína por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)	107
<b>Gráfico 3.</b> Consumo de álcool por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)	107
<b>Gráfico 4.</b> Consumo de cigarros por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)	107
<b>Gráfico 5.</b> Prática de actividade física por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)	107
<b>Gráfico 6.</b> Hábitos alimentares por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)	107
<b>Gráfico 7.</b> Adequação do ganho de peso gestacional por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)	107
<b>Gráfico 8.</b> Consumo diário de cafeína por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	109
<b>Gráfico 9.</b> Consumo de álcool por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	109
<b>Gráfico 10.</b> Consumo de cigarros por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	110
<b>Gráfico 11.</b> Prática de actividade física por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	110
<b>Gráfico 12.</b> Hábitos alimentares por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	110
<b>Gráfico 13.</b> Adequação do ganho de peso gestacional por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	110
<b>Gráfico 14.</b> Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, com até 24 anos de idade e de mulheres grávidas com 25 anos ou mais de idade, até à 15ª semana de gravidez (n=61)	117
<b>Gráfico 15.</b> Valores mínimos, valores máximos, quartis e medianas do sentido de coerência encontrados para os grupos, de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, até à 15ª semana	121

de gravidez (n=61)

**Gráfico 16.** Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com nível superior completo, até à 15ª semana de gravidez (n=61) 123

**Gráfico 17.** Valores mínimos, valores máximos, quartis e medianas do sentido de coerência encontrados para os grupos de mulheres grávidas, com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com nível superior, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41) 124

**Gráfico 18.** Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, entre €1000 e €1999,99 e de €2000 ou mais, até à 15ª semana de gravidez (n=61) 126

**Gráfico 19.** Valores mínimos, valores máximos, quartis e medianas do sentido de coerência encontrados para os grupos de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, com respostas de 1 a 4 e com respostas de 5 a 7 referentes a um diferencial semântico de 7 valores cujo valor 1 significa muito mau e o valor 7 significa muito bom, relativamente à percepção do próprio estado de saúde (n=61) 129

**Gráfico 20.** Valores mínimos, valores máximos, quartis e medianas do sentido de coerência encontrados para os grupos de mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, com respostas de 1 a 4 e com respostas de 5 a 7 referentes a um diferencial semântico de 7 valores cujo valor 1 significa muito mau e o valor 7 significa muito bom, relativamente à percepção do próprio estado de saúde (n=41) 130

**Gráfico 21.** Valores da ligação materno-fetal, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com nível superior completo, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41) 136

**Gráfico 22.** Valores da ligação materno-fetal, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, entre €1000 e €1999,99 e de €2000 ou mais, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41) 138

**Gráfico 23.** Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, que referiram consumo de álcool e que não referiram consumo de álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez (n=61) 158

**Gráfico 24.** Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, que referiram consumo de álcool e que não referiram consumo de álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41) 169

## **INTRODUÇÃO**

É crescente, por todo o mundo, a preocupação acerca das doenças crónico-degenerativas em termos de saúde pública, quando estima-se que, em 2001, estas tenham contribuído com cerca de 60% das 56,5 milhões de mortes e 46% do peso da doença no mundo (WHO; FAO, 2003a, p.3) e 75% do peso da doença no contexto europeu (Despacho nº 1916/2004, p. 1492).

A etiologia e o mau prognóstico de algumas destas doenças – doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro, obesidade, hipertensão, diabetes e doenças osteo-articulares – estão estreitamente relacionados com os padrões de estilos de vida que interferem com a predisposição genética do indivíduo, sendo cada vez mais evidente que as doenças crónicas reflectem exposições cumulativas a ambientes físicos e sociais prejudiciais em diferentes momentos da vida, que se iniciam desde a vida fetal (WHO; FAO, 2003a, p.1-2). Neste sentido, o estilo de vida materno exerce influência directa sobre a saúde do bebé e pode ser um dos primeiros factores a influenciar, quer biologicamente, quer psico-socialmente, o estilo de vida deste futuro adulto, pelo que deve ocupar uma posição de clara evidência estratégica no âmbito da saúde pública e, mais especificamente, da promoção da saúde.

Entretanto, a complexa dinâmica genética, biológica, psicológica, afectiva, sócio-cultural e ambiental que envolve o comportamento humano impõe o desafio constante da busca de novas e efectivas intervenções em promoção da saúde que influenciem positivamente os estilos de vida. Sendo o sentido de coerência um traço da personalidade do indivíduo, desenvolvido sob a influência directa ou indirecta dos mesmo factores acima referidos, o estabelecimento de uma relação entre este constructo e os comportamentos humanos pode revelar-se promissor para a elaboração de intervenções em promoção da saúde.

Todavia, o conhecimento sobre as mudanças do sentido de coerência no decorrer da vida e sobre as formas de alterá-lo permanece incompleto (Kuuppelomäki; Utriainenb, 2003, p. 384), inexistindo na literatura, até ao presente momento, um consenso acerca dos factores que o influenciam.

Antonovsky (1987, p. 123), criador do constructo, acreditava na estabilidade do sentido de coerência durante a vida adulta. Porém, considerava a possibilidade de mudanças subtis e temporárias no sentido de coerência por ocasião das situações críticas da vida, como é o caso da gravidez, que podiam vir a resultar em uma mudança gradual e significativa caso acarretassem num novo padrão de experiências de vida que se mantivesse durante alguns anos.

Por sua vez, a ligação materno-fetal pode ser *per se*, ou através de uma relação com o sentido de coerência, determinante para a adopção de estilos de vida saudáveis e para a noção de que o período pré-natal representa um ponto de viragem e uma oportunidade de atingir a mulher grávida com uma série de intervenções e informações. No entanto, estas possibilidades, bem como a dinâmica das inter-relações da ligação materno-fetal com factores de naturezas diversas permanecem insuficientemente exploradas em termos científicos.

Assim sendo, com a finalidade de contribuir para a construção de intervenções efectivas em promoção da saúde, mais especificamente, no campo dos comportamentos de saúde, realizou-se um estudo observacional e exploratório que procurou: ampliar o conhecimento sobre as mudanças do sentido de coerência no decorrer da vida, especificamente, durante a gravidez; ampliar o conhecimento acerca das relações de alguns factores de natureza sócio-demográfica, psico-afectiva e obstétrica com o sentido de coerência das mulheres grávidas e com a ligação materno-fetal; e identificar possíveis relações entre o sentido de coerência e a ligação materno-fetal e entre estes constructos e o estilo de vida das mulheres grávidas, representado pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso durante a gravidez.

O presente relatório de investigação, desenvolvido para descrever, detalhadamente, o estudo realizado, é composto por seis capítulos. No primeiro capítulo, uma revisão da literatura, foi feita uma contextualização geral do tema com a finalidade de esclarecer os caminhos que levaram ao desenvolvimento da problemática e dos objectivos deste estudo, descritos no segundo capítulo. O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada para o alcance dos objectivos estabelecidos, o que envolve o desenho do estudo, a formulação de questões de investigação, a apresentação das variáveis e das



hipóteses de investigação, a definição da população e da amostra do estudo, o processo de colheita dos dados, a descrição dos procedimentos formais e éticos adoptados e, por fim, o tratamento estatístico utilizado para a obtenção dos resultados, que são apresentados no quarto capítulo. O quinto capítulo se refere à discussão dos resultados encontrados, tendo em conta a literatura revista e a metodologia utilizada, e fornece uma visão superficial das conclusões obtidas através do estudo, que são, finalmente, aprofundadas no sexto e último capítulo deste relatório, que apresenta também algumas recomendações para o desenvolvimento de futuros estudos acerca da temática em questão.

## **PRIMEIRO CAPÍTULO**

### **1. REVISÃO DA LITERATURA**

O presente capítulo apresentará, inicialmente, uma breve contextualização histórica sobre a saúde pública, a promoção da saúde e os seus principais desafios desde o início do século XX até aos dias de hoje, o que remeter-nos-á ao actual desafio global das doenças crónicas não transmissíveis e à questão dos estilos de vida, determinante de algumas delas. Em seguida, será colocado em evidência o papel da gravidez como período de fundamental importância para a saúde da própria mulher, do bebé e do futuro adulto que este virá a ser. Neste sentido, serão apresentados alguns estudos que relacionam problemas de saúde da mãe e do bebé aos estilos de vida da mulher grávida, aqui representados pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso durante a gravidez. Serão também apresentados alguns estudos que procuram identificar factores relacionados com estes comportamentos. Posteriormente, será feita uma consideração acerca das possibilidades que a gravidez oferece para as intervenções na área da promoção da saúde e, por fim, serão apresentados os conceitos de ligação materno-fetal e sentido de coerência, assim como os principais estudos que relacionam estes constructos a factores de naturezas diversas e à saúde. Pretende-se, assim, esclarecer os caminhos que levaram ao desenvolvimento da questão central deste estudo, nomeadamente, as possíveis relações existentes entre o sentido de coerência, a ligação materno-fetal e o estilo de vida da mulher durante a gravidez e as implicações positivas que a descoberta destas relações possam vir a trazer em termos de desenvolvimento de intervenções efectivas em promoção da saúde, mais especificamente, no campo dos comportamentos de saúde.

#### **1.1. A SAÚDE PÚBLICA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA**

O século XX marcou profundamente a história da saúde pública, sendo frequentemente referenciado como a era na qual os cuidados de saúde se tornaram efectivos. A reforma social e o movimento higienista do século XIX forneceram as infra-estruturas

necessárias para o sucesso das medidas de controlo e tratamento das doenças infecto-contagiosas na primeira metade desta nova era. Durante a década de 60 a saúde pública vivia um período de calma parecendo estar representada apenas pelos serviços de saúde, uma vez que não necessitava envidar esforços para o controlo de nenhum problema de saúde em particular (Gunning-Schepers, 2004, p. 3).

De facto, o progresso feito neste período foi impressionante. Nesta altura, a população mundial aproximava-se dos 3000 milhões e a esperança média de vida nos Estados Unidos da América (EUA) era de quase 70 anos, o que contrastava com dados do fim do século XIX, quando a esperança média de vida nos EUA era de 49 anos (Ferreira, 1990, p.14-17).

A partir da década de 70, esta situação sofreu uma profunda transformação quando importantes estudos epidemiológicos, como o estudo de Framingham, encontraram evidências da associação de factores de risco com as chamadas doenças de declaração não obrigatória, ou doenças crónicas não transmissíveis, como foram os casos de alguns tipos de cancro, das doenças cardiovasculares, da hipertensão e do diabetes tipo 2. Com o declínio das doenças infecto-contagiosas e o aumento da esperança de vida, estas passaram a ser a causa mais importante de morte prematura (Gunning-Schepers, 2004, p. 3). A epidemiologia voltava a ser a coluna vertebral da saúde pública com estudos populacionais que identificavam factores de risco passíveis de prevenção e tratamento, nomeadamente, os maus hábitos alimentares, o tabagismo, o consumo de álcool, a hipercolesterolémia, a hipertensão e o sedentarismo (Gunning-Schepers, 2004, p. 3-4).

Numa altura em que os gastos com a saúde e o poder da medicina e das suas instituições, num sistema de saúde predominantemente biomédico, começavam a ser motivo de preocupação, o modelo canadiano de política de saúde proposto por Marc Lalonde em 1974 ressaltava o papel da promoção da saúde e da prevenção da doença como forma de atingir ganhos em saúde com custos reduzidos. Este modelo exibia os determinantes da saúde sob a perspectiva da saúde pública levando em consideração quatro grupos de factores: a biologia humana, o ambiente, os serviços de saúde e os estilos de vida. Estavam assim representadas as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e económicas da ampla definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 (Lalonde, 1988, p. 72-73).

Em 1978, a Declaração de Alma Ata, resultado de uma iniciativa da OMS e da UNICEF<sup>1</sup> com a aprovação de ministros da saúde de mais de 100 países, reafirma o conceito da saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Internacional Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 1978) e marca a evolução das políticas de saúde com a noção dos cuidados de saúde primários, a qual resultou num grande impulso à clínica geral, à prevenção da doença e à promoção da saúde (Portugal, 2003, p.2). Era o retorno da saúde pública como figura de destaque nas políticas de saúde de muitos países (Gunning-Schepers, 2004, p. 4).

Outra importante referência na evolução das políticas de saúde do final do século XX foi a adopção da estratégia de metas para a saúde – Saúde para todos na Europa – em 1983. Deste modo, manifestou-se a necessidade de ultrapassar a ideia de “planos ministeriais” e de adoptar estratégias centradas em metas precisas, quantificadas em horizontes temporais precisos, que constituem compromissos sociais concertados com os agentes sociais (Portugal, 2003, p.2).

Alguns anos mais tarde, durante a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, os membros da Assembleia Mundial de Saúde, através da Carta de Ottawa, reconhecem que, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social o indivíduo ou grupo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. A promoção da saúde passa a ser entendida como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, não sendo uma responsabilidade exclusiva do sector saúde uma vez que exige estilos de vida saudáveis (WHO<sup>2</sup>, 1986). São então propostas, na Carta de Ottawa, cinco estratégias-chave de promoção da saúde: construir políticas públicas saudáveis; criar ambientes favoráveis; reforçar a acção comunitária; desenvolver competências pessoais; e reorientar os serviços de saúde (WHO, 1986).

Para Tones (2002, p.831), quatro importantes princípios resumem a postura ideológica da OMS relativamente à promoção da saúde: (i) a saúde é um estado positivo, é um bem essencial que as pessoas necessitam para atingir uma vida socialmente e

---

<sup>1</sup> United Nations Children’s Fund

<sup>2</sup> World Health Organization – Organização Mundial de Saúde

economicamente produtiva; (ii) a saúde não é apenas uma responsabilidade individual. Não é ético procurar persuadir os indivíduos a tomarem responsabilidade pela sua saúde ignorando os determinantes sociais e ambientais da saúde; (iii) um progresso substancial na promoção da saúde depende do alcance da equidade e da correcção das desigualdades em saúde dentro e entre as nações; (iv) o sucesso da promoção da saúde depende do alcance do empoderamento dos indivíduos e das comunidades.

Observa-se, assim, uma transição do modelo médico da promoção da saúde e da educação para saúde para um modelo ecológico, incluindo factores ambientais e pessoais. O comportamento individual, apesar de poder representar uma causa directa de risco, como é o caso do tabagismo, deixa de ser considerado isoladamente e passa a ser tratado como parte de um sistema que é o estilo de vida pessoal, influenciado por experiências individuais e colectivas e pelas condições de vida (Baric, 1996, p.43).

## **1.2. OS ESTILOS DE VIDA E OS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE**

Nos dias de hoje os desafios da saúde pública são bastante abrangentes: o final do século XX foi marcado pelo retorno das doenças infecto-contagiosas, quer pelo aparecimento de novos microorganismos como o vírus da imunodeficiência humana (VIH), quer pela incapacidade de controlo de outros, ou até mesmo pela ameaça do bio-terrorismo, num mundo globalizado, onde as fronteiras da saúde não se limitam às fronteiras geográficas de um país; o aumento da esperança de vida é acompanhado pelo aumento da prevalência das doenças crónicas e das incapacidades; o acesso universal aos serviços básicos de saúde ainda não é uma realidade; e as desigualdades sócioeconómicas da saúde são uma evidência decepcionante de que o optimismo da conquista da doença pode não ser justificado (Gunning-Schepers, 2004, p. 5).

Dentre tantas frentes de trabalho, a questão dos estilos de vida possui o seu papel de destaque quando estima-se que em 2001 as doenças crónicas tenham contribuído com aproximadamente 60% das 56,5 milhões de mortes e 46% do peso da doença no mundo, afectando, tanto os países desenvolvidos, quanto os países em vias de desenvolvimento (WHO; FAO, 2003a, p.3). Para o contexto Europeu, calcula-se que possam ter contribuído com cerca de 75% do peso da doença neste mesmo ano (Despacho nº 1916/2004, p. 1492).

A etiologia e o mau prognóstico de algumas destas doenças – doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro, obesidade, hipertensão, diabetes e doenças osteo-articulares – estão estreitamente relacionados com as mudanças nos padrões de estilos de vida, que ocorreram com a industrialização, urbanização, desenvolvimento económico e globalização do mercado, e que interferem com a predisposição genética do indivíduo. Os padrões actuais referidos incluem a ingestão de uma maior densidade energética, com um forte papel das gorduras e dos açúcares, o aumento do consumo de gorduras saturadas, principalmente do tipo animal, o consumo reduzido de hidratos de carbono complexos e fibras, o consumo reduzido de frutas e vegetais, o aumento do hábito tabágico e do consumo de álcool e o aumento do sedentarismo (WHO; FAO, 2003a, p.1-2).

Segundo Bandura (2004, p. 143), a qualidade da saúde é fortemente influenciada pelos estilos de vida e estes permitem que as pessoas tenham algum controlo sobre a sua saúde. Ao cuidarem dos seus próprios hábitos, as pessoas podem viver mais e mais saudáveis e podem retardar o processo de envelhecimento.

Mc Keown (1979), citado por Antonovsky (1987, p. 90), um dos primeiros investigadores a chamar a atenção do mundo para a questão dos estilos de vida, enfatizava a influência fundamental da organização social e cultural na formação e reforço dos mesmos.

O estilo de vida de um grupo engloba uma série de padrões de comportamentos socialmente determinados e interpretações de situações sociais desenvolvidos e utilizados pelo grupo para lidar com os acontecimentos da vida. Existem elementos identificáveis dentro da sociedade que transmitem seus valores e influenciam os comportamentos do dia-a-dia. Estes elementos estão institucionalizados em várias formas como, por exemplo, a família, a escola, os meios de comunicação e a religião, e actuam como intermediários entre o estilo de vida de uma sociedade e os estilos de vida dos grupos e dos indivíduos (33th Session of Regional Committee of the WHO EURO, 1982 Cit por Baric, 1996, p. 43-44).

Baric (1996, p. 43) considera que a utilização do conceito estilo de vida evita a ênfase excessiva em determinados comportamentos de risco associados a certas doenças.

Assim, ao invés da concentração na questão da alimentação, do tabagismo, da higiene, da prática de actividade física, ou outra, procura tratar-se o estilo de vida numa abordagem sistémica, uma vez que não é possível modificar uma parte do sistema sem afectar o todo, mas uma parte do sistema pode ser alterada se o todo – indivíduos e ambiente – for manipulado apropriadamente.

Para Sobel (1981), citado por Baric (1996, p.45), o estilo de vida é um modo de vida especial e identificável, caracterizado por factores diversos que constituem uma unidade de estilo, mas que não necessitam ser activados ao mesmo tempo.

Entretanto, a credibilidade e a efectividade da educação para a saúde são frequentemente colocadas em causa (Gunning-Schepers, 2004, p. 7), o que se deve, muitas vezes, à abrangência do conceito de estilo de vida e às dificuldades de avaliação e do estabelecimento de relações com a saúde que isto implica (Baric, 1996, p. 44).

Para Baric (1996, p.44-46), faz-se necessário compreender que o estilo de vida é um constructo teórico e necessita de uma definição clara antes de ser utilizado em intervenções que visem a melhoria da saúde. A exploração de apenas alguns factores relevantes do sistema para se atingir uma solução mínima para o problema, uma vez que a solução óptima nem sempre é possível, parece ser um caminho. No entanto, a decisão sobre quais os comportamentos que devem ser incluídos para descrever um estilo de vida é sempre questionável.

Vários autores têm procurado encontrar uma associação entre os comportamentos de saúde e os mais diversos factores na tentativa de predizer os primeiros e assim obter informações mais precisas para a sua promoção. A maioria destas investigações deu grande ênfase às crenças de saúde. As abordagens feitas às crenças de saúde incluem a teoria da atribuição e o *locus* de controlo da saúde, que sublinham a importância das atribuições de causalidade e de controlo, o optimismo irrealista, que focaliza as percepções de susceptibilidade e de risco, e o modelo das fases de mudança do comportamento, que põe em relevo a natureza dinâmica das crenças (Ogden, 2004, p.32-33)

Estes diferentes aspectos das crenças de saúde foram integrados em modelos estruturados de crenças e comportamentos de saúde frequentemente denominados

modelos de cognição social, uma vez que encaram as cognições partilhadas pelos indivíduos da mesma sociedade (Ogden, 2004, p.39).

Seguindo esta mesma linha de pensamento, a Organização Mundial de Saúde compara os factores de risco para as doenças crónicas com os microorganismos, que viajam através dos países e são transferíveis de uma população para outra afectando os padrões globais de saúde (WHO; FAO 2003a, p. 4).

Desta forma, o comportamento individual é fruto de uma bagagem de experiências passadas, stresses, relações sociais e conhecimentos, influenciados pelas características culturais, políticas e económicas da sociedade em questão. Assim sendo, muitos factores fundamentais para a saúde não podem ser modificados pelos indivíduos (33th Session of Regional Committee of the WHO EURO, 1982 Cit por Baric, 1996, p.44).

### **1.2.1. O ESTILO DE VIDA DA MULHER DURANTE A GRAVIDEZ E SUAS IMPLICAÇÕES**

É crescente a evidência de que a doença crónica do adulto reflecte exposições cumulativas a ambientes físicos e sociais prejudiciais em diferentes momentos da vida, que se iniciam desde a vida fetal (WHO; FAO, 2003a, p. 24).

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO; FAO, 2003a, p.25) existem quatro factores relevantes na vida fetal para o desenvolvimento de doenças crónicas na vida adulta: (i) o retardo no crescimento intra-uterino; (ii) o parto prematuro de um feto com crescimento normal para a idade gestacional; (iii) a sobrenutrição intra-uterina; (iv) e os factores hereditários. Sendo assim, peso e tamanho adequados ao nascer devem ser considerados não apenas em termos de morbilidade imediata e mortalidade, mas também com relação às consequências a longo prazo, como a susceptibilidade às doenças crónicas relacionadas com a alimentação na vida adulta.

Em Portugal, nos últimos anos, foi possível melhorar significativamente os indicadores de mortalidade materna, perinatal e infantil. Na sua globalidade, esses indicadores demonstram ganhos em saúde sustentados e situam-se hoje na média dos países da União Europeia. Entretanto, é preciso reconhecer que há problemas que persistem e



outros emergentes resultantes das novas dinâmicas demográficas e sociais (Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 2005).

O Plano Nacional de Saúde de Portugal exhibe como “Metas Prioritárias para Nascer com Saúde” até ao ano de 2010<sup>3</sup>:

- Reduzir a taxa de mortalidade fetal de 4,6 para 4 / 1000 nados vivos;
- Reduzir a taxa de mortalidade perinatal (22 e mais semanas de gravidez) de 7,1 para 5,5 / 1000 nados vivos;
- Reduzir a taxa de mortalidade neonatal de 3,4 para 2,5 / 1000 nados vivos;
- Reduzir a taxa de nascimento pré-termo de 6,4 para 5,5 / 100 nados vivos;
- Reduzir a taxa de crianças com baixo peso à nascença de 7,4 para 6 / 100 nados vivos;
- Reduzir a taxa de nascimentos por cesariana de 24 para 20 / 100 nados vivos (Portugal. Ministério da Saúde, 2004a, p.15).

#### **1.2.1.1. Consumo de tabaco, álcool e cafeína durante a gravidez**

O baixo peso ao nascer, o crescimento fetal reduzido, a morte fetal e o aborto espontâneo são consequências bastante reconhecidas do consumo de álcool e do hábito tabágico durante a gravidez (Bolumar *et al.*, 1994, p.36).

As mulheres fumadoras colocam seus bebés num risco significativamente maior de parto prematuro, de baixo peso e de morte perinatal. Após o nascimento, os bebés de mulheres que fumaram durante a gravidez são mais susceptíveis a um fraco desenvolvimento dos pulmões, à asma, às infecções respiratórias e à morte súbita infantil (Williams, 1999).

É também importante que os pais ou outros membros da família deixem de fumar, uma vez que alguns estudos demonstram os mesmos riscos para o fumo passivo (Williams, 1999).

Para o Departamento dos Serviços Humanos e de Saúde dos Estados Unidos da América há evidência suficiente para estabelecer uma relação causal entre o hábito

---

<sup>3</sup> Dados da situação actual, fornecidos pela Direcção-Geral da Saúde, referentes ao ano de 2001.

tabágico durante a gravidez e a restrição no crescimento fetal, o baixo peso ao nascimento, a ruptura prematura de membranas, a ocorrência de placenta prévia e o parto prematuro (United States, 2004a)

Um estudo realizado em Espanha, com 25 mulheres grávidas fumadoras e 25 mulheres grávidas não fumadoras, demonstrou uma associação entre o consumo de 10 ou mais cigarros por dia, nos 10 anos anteriores e durante a gravidez, e a ocorrência de anormalidades cromossômicas no feto, principalmente nas regiões envolvidas com a formação de células sanguíneas que estão relacionadas com a ocorrência de leucemia (de la Chica *et al.*, 2005).

Acerca do estudo acima referido, DeMarini e Preston (2002, p.1265) o consideram muito importante, porém, preliminar no que se refere às conclusões, uma vez que contém algumas limitações em seu desenho. Estes autores lembram, entretanto, que enquanto estudos mais aprofundados são elaborados, a mensagem para as mulheres, com base na literatura publicada, permanece clara: fumar durante a gravidez pode ser perigoso tanto para o feto como para a mãe.

Lu, Tong e Oldenburg (2001, p.355) citam alguns estudos que identificam uma variedade de efeitos do hábito tabágico durante a gravidez na saúde das crianças, como são os casos do cancro infantil e dos défices cognitivos (Simpson *et al.*, 1957, Stewart *et al.*, 1958, Dunn *et al.*, 1976, Naye *et al.*, 1984, Nylander, 1986, Matheson e Nylander, 1989, Callan e Witter, 1990, Haglund e Cnattingius, 1990, John *et al.*, 1991, Kandall e Gaines, 1991, Pershagen *et al.*, 1992, Tong e McMichael, 1992, Raymond *et al.*, 1994 citado por Lu; Tong; Oldenburg, 2001).

Peacock, Martin Bland e Ross Anderson (1995) encontraram uma associação entre o hábito tabágico e o parto prematuro, antes das 32 semanas de gestação, num estudo realizado com 1513 mulheres na Inglaterra, o que não ocorreu para o consumo de álcool e de café.

A Síndrome Fetal Alcoólica é uma condição reconhecidamente causada pelo consumo de álcool durante a gravidez cujos sintomas clínicos variam de graves anormalidades nas estruturas oculares e faciais, malformação dos membros e do coração, anomalias renais e retardo físico e mental permanente, até graus mais moderados de deficiências

mentais e de crescimento (Anderson *et al.*, 1988, p.274, Worthington-Roberts, 1994, p.168, Williams, 1999, Mello; Barrias; Breda, 2001, p.65, United States, 2005a).

Nenhuma quantidade de álcool é considerada segura para o consumo durante a gravidez e os danos causados ao feto podem ocorrer desde o início da gravidez, mesmo antes de a mulher saber que está grávida. Os défices cognitivos e os problemas comportamentais causados ao feto são irreversíveis (United States, 2005a).

Bastante preocupante é o retrato de um levantamento realizado por Lu, Tong, e Oldenburg (2001, p.355-356), relativamente ao hábito tabágico durante a gravidez, em alguns países:

- Estados Unidos – 19,1% (CDC, 1992 Cit por Lu; Tong; Oldenburg, 2001);
- Suécia – 28% (Cantingtonius *et al.*, 1992 Cit por Lu; Tong; Oldenburg, 2001);
- Noruega – 35% (Peen *et al.*, 1991 Cit por Lu; Tong; Oldenburg, 2001);
- Finlândia – 21% (Bardy *et al.*, 1994 Cit por Lu; Tong; Oldenburg, 2001);
- Canadá e Inglaterra – 30-40% (Stewart; Dunkley, 1995, Madeley *et al.*, 1989 Cit por Lu; Tong; Oldenburg, 2001);
- Austrália – 34,2% (Kendrick e Merritt, 1996 Cit por Lu; Tong; Oldenburg, 2001).

Não menos preocupantes são os dados referentes a Portugal, onde cerca de 11,5% das mulheres grávidas fumam (Portugal. Instituto Nacional de Saúde, 2001) e estima-se que 80% das mulheres mantêm os seus hábitos de ingestão alcoólica durante a gravidez e a amamentação (Mello *et al.* Cit por Mello; Barrias; Breda, 2001, p. 35). Situação que tende a agravar-se, uma vez que, apesar de o consumo de álcool e tabaco estarem a diminuir na população em geral, estão a aumentar no sexo feminino (Portugal. Instituto Nacional de Saúde, 2001).

Relativamente ao consumo de cafeína durante a gravidez, os diversos estudos realizados ainda não permitem uma conclusão acerca dos riscos que este representa ao feto (Bracken *et al.*, 2003, p. 456, Lawson *et al.*, 2001, p. 428).

Ford *et al.* (1998) encontraram relação entre o consumo excessivo de café durante a gravidez ( $\geq 400$  mg de cafeína por dia) e a morte súbita infantil, num estudo tipo caso-controlo realizado com os pais de 393 vítimas desta síndrome na Nova Zelândia.

Num estudo observacional do tipo caso-controlo, tendo como casos 331 mulheres que sofreram morte fetal durante a gravidez e como controlos 993 mulheres com gravidez normal no mesmo estágio dos casos, Infante-Rivard *et al.* (1993), após o controlo dos factores de confundimento, concluíram que há uma forte associação entre o consumo de cafeína durante a gravidez e a mortalidade fetal, com uma tendência de aumento da *odds ratio* em 1,22 para cada 100 mg de cafeína a mais ingeridas por dia durante a gravidez. Os autores revelam ainda uma associação do consumo de cafeína antes da gravidez com a morte fetal.

Tolstrup, *et al.* (2003), num estudo realizado com 1684 mulheres grávidas, encontraram valores de *odds ratio* para o aborto espontâneo de 1,26, 1,45, 1,44 e 1,72 respectivamente para um consumo total de cafeína registado antes da gravidez de 75 a 300, 301 a 500, 501 a 900 e  $> 900$  mg por dia, comparado com um consumo inferior a 75 mg de cafeína por dia.

Já um estudo prospectivo com 18478 mulheres grávidas, realizado por Wisborg *et al.* (2003) na Dinamarca, revelou que apenas aquelas que consumiam 8 chávenas ou mais de café tinham um risco duas vezes maior de aborto após a 20<sup>a</sup> semana de gravidez relativamente àquelas que não consumiam café, mesmo depois de realizados ajustes para o consumo de álcool e o hábito tabágico.

Bracken *et al.* (2003), por sua vez, consideram clinicamente irrelevante o pequeno decréscimo do peso ao nascer associado ao consumo materno de cafeína encontrado no estudo prospectivo que realizaram com 2291 mulheres grávidas em Connecticut e Massachusetts. Para os autores, os resultados do estudo demonstram risco apenas para as mulheres que consomem 600 mg ou mais de cafeína por dia.

Entretanto, a Organização dos Serviços de Informação de Teratologia (United States, 2001) lembra que, embora um consumo moderado de cafeína (até 300 mg/dia) durante a gravidez seja considerado seguro pela maioria dos especialistas, grandes quantidades de cafeína podem afectar os bebés da mesma maneira que afectam os adultos, tendo alguns

estudos demonstrado que filhos de mães com consumo superior a 500 mg de cafeína por dia durante a gravidez eram mais susceptíveis a tremores, batimentos cardíacos mais acelerados, índice respiratório aumentado e a passarem mais tempo acordados no período após o nascimento.

#### **1.2.1.2. Alimentação e prática de actividade física durante a gravidez**

Estima-se que, em todo o mundo, existam hoje mais de 1 bilião de adultos com excesso de peso ( $\text{IMC}^4 \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) e, entre estes, cerca de 300 milhões sejam obesos ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) (WHO, 2003b).

Na maioria dos países da Europa a obesidade é a epidemia em maior crescimento, afectando 10 a 40% da população adulta (International Obesity Task Force, 2005), 14,5% em Portugal, que possui ainda uma prevalência média de cerca de 38% para o excesso de peso (Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade, 2004 citada por Portugal. Ministério da Saúde, 2004c, p.7).

Apesar dos índices de excesso de peso serem geralmente superiores para homens, os índices de obesidade são geralmente superiores para as mulheres (International Obesity Task Force, 2005).

Além dos riscos acrescidos de desenvolvimento de outras complicações crónicas que a obesidade pode trazer para a saúde da mulher e do bebé, sabe-se também que as mulheres obesas têm maiores índices de complicações obstétricas, incluindo o trabalho de parto prolongado, a pielonefrite, a diabetes, a hipertensão e o tromboembolismo (Worthington-Roberts, 1994, p. 160).

Mulheres obesas tendem a gerar bebés grandes, independentemente do ganho de peso gestacional (Abrams; Laros, 1986 citado por Worthington-Roberts, 1994, p. 159). Por outro lado, o baixo peso materno antes da gravidez e o ganho de peso materno insuficiente durante a gravidez estão associados ao baixo peso do bebé ao nascimento (Kramer, 1987 citado por Worthington-Roberts, 1994, p. 158), juntamente com a baixa

---

<sup>4</sup> IMC = Índice de Massa Corporal = peso (kg) / altura<sup>2</sup> (m)

estatura, a anemia, as infecções gastrointestinais e respiratórias e o hábito tabágico maternos (WHO, 2000).

Estima-se que 30 milhões de crianças por ano, 23,8% de todas as que nascem, tenham baixo peso ao nascer (< 2500g com 37 ou mais semanas de gestação). Esta percentagem, entretanto, desce para 2% quando se refere apenas aos países desenvolvidos (WHO, 2000).

Segundo a OMS (WHO, 2000), o baixo peso ao nascimento merece uma atenção especial por parte da saúde pública, uma vez que, além de aumentar os riscos de morbilidade, de mortalidade e do fraco desenvolvimento cognitivo e neurológico dos bebés, pode também aumentar o risco de desenvolvimento de certas doenças na vida adulta, como são os casos da doença cardiovascular, da hipertensão arterial, da doença pulmonar obstrutiva crónica e da doença renal.

Um importante aliado da alimentação na manutenção de um peso saudável, assim como das condições gerais de saúde, é a prática regular de actividade física. O American College of Sports Medicine (1991, p. 1) considera que, embora ainda não se conheça a quantidade e a intensidade de actividade física capaz de prevenir a morbilidade ou a mortalidade prematura, muitos indivíduos sedentários ficariam mais saudáveis se incluíssem em seu dia-a-dia 30 a 60 minutos de caminhada rápida.

A OMS e a FAO<sup>5</sup> consideram que, mesmo a mais modesta das intervenções na dieta alimentar e na actividade física, aplicada a uma vasta população, pode produzir mudanças significativas no fardo geral de doenças crónicas, num curto e surpreendente espaço de tempo (WHO; FAO, 2003b).

No caso da mulher grávida, quando não houver contra-indicações médicas, 15 a 30 minutos, 3 a 5 vezes por semana, de uma actividade física de tipo e intensidade apropriados ao seu condicionamento e período de gestação são, normalmente, bem tolerados (American College of Sports Medicine, 1991, p.181-182), sendo que o *Dietary Guidelines for Americans* 2005 recomenda, na ausência de complicações

---

<sup>5</sup> Food and Agriculture Organization

médicas ou obstétricas, a incorporação de 30 minutos ou mais de actividade física moderada, na maioria dos dias ou diariamente (United States, 2005c, p. 20).

Como benefícios de um programa de exercício pré-natal propriamente elaborado pode esperar-se a melhoria do condicionamento aeróbio e muscular, a facilitação do trabalho de parto e da recuperação após o parto, a melhoria do bem-estar psicológico e o estabelecimento de hábitos para um estilo de vida mais saudável (American College of Sports Medicine, 1991, p.180).

Segundo Nunes (1999, p. 172), a prática de actividade física regular e moderada durante a gravidez, em mulheres saudáveis e sem factor de risco, é benéfica, deve ser incentivada e parece ter uma influência efectiva sobre a evolução da gravidez.

Entretanto, em Portugal, o número de pessoas com hábitos enraizados de actividade física, seguida com regularidade ao longo dos anos, é ainda baixo e, no caso da mulher grávida, a situação não é diferente. Bem pelo contrário, nesta fase são ainda relativamente poucas as mulheres com a preocupação de iniciarem ou manterem a prática de actividade física, o que é agravado pela visão excessivamente conservadora como é encarada a gravidez em Portugal, sendo mesmo desencorajada pelo senso comum a prática de actividade física durante a gravidez (Nunes, 1999, p. 172).

De facto, o Plano Nacional de Combate à Obesidade refere que apenas cerca de 30% da população portuguesa maior de 15 anos e 20,8% das mulheres praticam, pelo menos, 3,5 horas de actividade física por semana (Portugal. Ministério da Saúde, 2004c, p.9).

## **1.2.2. FACTORES RELACIONADOS COM O ESTILO DE VIDA DA MULHER DURANTE A GRAVIDEZ**

### **1.2.2.1. Factores relacionados com o consumo de tabaco, álcool e cafeína durante a gravidez**

Para Lu, Tong e Oldenburg (2001, p. 360), muitos factores psicossociais e demográficos podem influenciar o hábito tabágico durante a gravidez. Entretanto, as evidências encontradas em estudos de *coorte* apontam para a baixa idade materna, a multiparidade,

o hábito tabágico do companheiro e/ou amigos, o baixo nível de escolaridade e o baixo nível sócioeconómico como os principais factores determinantes deste comportamento.

Stotts *et al.* (2003), por sua vez, encontraram, como resultado do seu estudo com 237 mulheres grávidas, mulheres mais velhas e caucasianas a fumarem mais durante a gravidez, um maior consumo de álcool entre as mulheres mais velhas e afro-americanas e uma associação significativa entre fumar e ingerir bebidas alcoólicas, assim como entre fumar e tomar café durante a gravidez.

Para Stephens (1985), de acordo com seu estudo realizado com 311 mulheres grávidas, o suporte social está significativamente associado com consumos reduzidos de álcool durante a gravidez.

#### **1.2.2.2. Factores relacionados com a alimentação e a prática de actividade física durante a gravidez**

O padrão dietético do indivíduo é influenciado por diversos factores e complexas interações: rendimentos, preços, preferências individuais, tradições culturais e factores sociais, ambientais, geográficos e económicos (WHO; FAO, 2003a, p. 8).

Num estudo com 10418 mulheres grávidas realizado na Califórnia, os preditores mais importantes encontrados para o ganho de peso durante a gravidez foram: a idade e a etnia asiática, no 1º trimestre; o índice de massa corporal antes da gravidez, a paridade e a altura, no segundo trimestre; e a hipertensão, a idade e a paridade, no terceiro trimestre (Abrams; Carmichael; Selvin, 1995).

Apesar de não terem sido encontrados estudos acerca de factores preditores da prática de actividade física durante a gravidez, alguns poucos estudos feitos com determinados sub-grupos da população podem ser úteis para delimitar certas tendências.

Juarbe, Lipson e Turok (2003), por exemplo, encontraram, em 51 mulheres mexicanas, imigrantes, casadas, com filhos e a viver na Califórnia, uma percentagem de 78% de inactividade, apesar de 93% delas terem uma atitude positiva, serem bem informadas acerca dos benefícios e perceberem a actividade física como um comportamento de promoção da saúde. Valores culturais e crenças sobre a actividade física, regras sociais



para o género e factores sociais e psicológicos foram descritos como barreiras para a intenção de iniciar uma actividade física.

Estes resultados, de certa forma, vêm a corroborar a ideia de Nunes (1999, p. 172) de que a mulher grávida em Portugal possa ser até mesmo desencorajada pelo senso comum à prática de actividade física, devido à visão excessivamente conservadora com que é encarada a gravidez neste país.

Para o autor, a posição do médico obstetra sobre esta temática é primordial. Dela vai depender a continuação, o início ou a paragem da actividade física por parte da grávida, já que as orientações para o programa de actividades devem ser flexíveis, individualizadas e de vigilância regular (Nunes, 1999, p. 173).

### **1.3. A GRAVIDEZ COMO OPORTUNIDADE DE INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dados referentes ao período de 2000-2001 (UNICEF/WHO, 2002 citado por WHO, 2003a, p. 5) mostram que mais de 70 % de todas as mulheres no mundo fazem, pelo menos, uma consulta pré-natal com profissional capacitado durante a gravidez. Esta percentagem é ainda maior, 98 %, se considerarmos apenas os países industrializados. O que demonstra que os esforços para estender o alcance dos cuidados pré-natais têm sido bem sucedidos (WHO, 2003a, p. 5).

Em Portugal, a percentagem de mulheres que vão, pelo menos, a uma consulta pré-natal durante a gravidez parece ser superior a 98 %, com mais de 80% a realizarem um esquema de vigilância considerado adequado (Portugal. Ministério da Saúde, 2004b, p.26).

Todavia, o Plano Nacional de Saúde de Portugal salienta o facto de que está a aumentar a percentagem de crianças com baixo peso à nascença, o que geralmente está associado a uma baixa idade gestacional. Este documento estabelece, como orientação estratégica, a promoção de comportamentos saudáveis e o aumento da qualidade dos cuidados prestados durante a gravidez (Portugal. Ministério da Saúde, 2004b, p.27).

Para Worthington-Roberts (1994, p.168) as mulheres grávidas são altamente motivadas e muito receptivas a conselhos nutricionais.

De facto, a Organização Mundial de Saúde considera que o período pré-natal apresenta claras oportunidades para atingir a mulher grávida com uma série de intervenções e informações que podem ser vitais para a sua saúde e seu bem-estar e, consequentemente, do seu bebé. No entanto, este potencial permanece insuficientemente explorado, sendo necessários mais esforços para melhorar o conteúdo e a qualidade dos serviços oferecidos (WHO, 2003a, p. 31).

“A gravidez é potencialmente uma experiência/vivência de mudança e renovação, enriquecimento e desafio. Perante tal envolvimento, mediada também por um sentido de profunda atenção, consciência e preocupação, a grávida vai adquirir novos conhecimentos e competências durante o período gestacional fundamentais na transição segura para a maternidade, caminhando assim para uma integração efectiva do seu papel de mãe (Mendes, 2002, p. 33).”

#### 1.4. LIGAÇÃO MATERNO-FETAL<sup>6</sup>

A compreensão do que a gravidez representa para as mulheres é de importância fundamental no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde durante este período.

Klaus e Kennel (1982), citados por Mendes (2002, p. 15), julgam que a ligação ao feto é uma importante componente da adaptação da mulher à gravidez.

“A noção de harmonia e respeito próprio estão associados não só à pessoa da grávida, mas também à criança que está a gerar e que se traduz na iniciação à ligação materna com a criança. O valor e o sentido da criança são cada vez mais significativos gerando na grávida um sentimento de investimento, não só na adopção de medidas saudáveis mas também nos preparativos do seu lar para acolher o filho que vai nascer.” (Rubin, 1975 citado por Mendes, 2002 p. 39).

O conceito de ligação materno-fetal foi desenvolvido para descrever a relação que uma mulher grávida possui com o bebé que está por nascer. Esta relação é expressa por comportamentos que demonstram cuidado e compromisso com o feto, como a

---

<sup>6</sup> A expressão “ligação materno-fetal” é a tradução feita por Mendes (2002), para a língua portuguesa, da expressão “*maternal-fetal attachment*”. Na língua portuguesa é também utilizada, com o mesmo significado, a expressão “vínculo materno-fetal”, no entanto, Mendes (2002, p. 45-48) justifica a utilização da palavra “ligação” fazendo alusão à “ligação afectiva”.

alimentação adequada, o conforto (segurar a barriga) e a preparação para o nascimento (Rubin, 1975 citado por Salisbury *et al.*, 2003, p. 1701). Segundo Mendes (2002, p. 45), trata-se de um conceito relativamente novo, cujos estudos iniciais mais direccionados datam da segunda metade do século passado, entre os anos 60 e 70, com a teoria da vinculação (Bowlby, 1969 citado por Mendes, 2002, p.45) e a teoria das tarefas maternas na gravidez (Rubin, 1975 citado por Mendes, 2002, p. 45).

No século XIX e início do século XX a maior preocupação da grávida era sobreviver à gravidez (Rihnd-Tuff; Lawrence; Lawry, 2003 citado por Salisbury *et al.*, 2003, p. 1701). Com o declínio da mortalidade materna e o avanço das tecnologias, que permitem que as mulheres detectem mais precocemente a gravidez e vejam cada vez mais nitidamente o seu bebé, as mulheres podem, actualmente, se preocupar mais com o bebé e adoptar comportamentos óptimos de saúde logo no início da gravidez (Narita; Maehara, 1993 citado por Salisbury *et al.*, 2003, p.1701).

Bowlby (1969), citado por Mendes (2002, p. 15), afirma ainda que a vinculação é uma experiência que se inicia na gravidez, resultante da dinâmica de acontecimentos psicológicos e fisiológicos que decorrem desta, e se constrói ao longo da vida.

#### **1.4.1. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DA LIGAÇÃO MATERNO-FETAL**

Canavarro e Moura (2002, p.14) consideram ser eventualmente discutível que qualquer conceito situado na esfera dos afectos seja cabalmente medido, mas acreditam que trazer a questão da ligação materno-fetal à luz do dia pode contribuir para uma visão mais abrangente e integrada do que é a promoção da saúde – enquanto bem-estar físico, psíquico e social – durante a gravidez.

São conhecidas três escalas de medição da ligação materno-fetal (Cranley, 1981, Condon, 1993 e Muller, 1993 citado por Salisbury *et al.*, 2003, p. 1701). Revisões em outros países sugerem que a adaptação adequada destas escalas é possível (Narita; Maehara, 1993 citado por Salisbury *et al.*, 2003, p.1701).

Uma das escalas de avaliação da ligação materno-fetal é a *Maternal-Fetal Attachment Scale* (MFAS), uma escala do tipo *Likert*, que foi desenvolvida por Cranley (1981) com base em entrevistas a profissionais de saúde e a educadores da área, sendo composta por

24 itens divididos em 5 sub-escalas – (i) diferenciação de si mesma para o feto; (ii) interacção com o feto; (iii) atribuição de características e intenções ao feto; (iv) entrega; (v) assumpção do papel de mãe – que representam os 5 aspectos identificados no relacionamento materno-fetal.

Relativamente às propriedades psicométricas do instrumento, ou seja, à sua precisão avaliada pelas provas de fiabilidade e de validade (Ribeiro, 1999, p.112), Cranley (1981) encontrou, num estudo com 71 mulheres no terceiro trimestre de gravidez, um coeficiente *alfa de Cronbach* de 0.85 para a escala, com o mesmo coeficiente variando de 0.52 a 0.73 para as sub-escalas, o que a autora considerou suficientemente alto para assegurar a consistência interna do instrumento, um dos critérios da fiabilidade.

A validade do conteúdo, de constructo e a validade de critério, as três faces da validade segundo Ribeiro (1999, p. 114), também foram consideradas positivas: a primeira foi auferida através da submissão à aprovação por parte de 5 enfermeiras especialistas em cuidados materno-infantis e da revisão por parte de um grupo de mulheres grávidas que verificou a clareza e a adequabilidade dos itens; a segunda foi avaliada através da correlação com outros testes, da análise factorial e do efeito das variáveis nos resultados do teste; e a terceira através da análise da correlação com uma escala de medida da percepção do bebé, após o nascimento, por parte da sua mãe. Apesar disto, a autora considera necessária a realização de futuras investigações com amostras maiores e mais variadas (Cranley, 1981).

Müller e Ferketich (1993) afirmam que a MFAS desenvolvida por Cranley vem sendo amplamente utilizada na pesquisa sobre a ligação materno-fetal desde 1981. No entanto, as propriedades psicométricas do instrumento são apropriadas somente se o *score* total for utilizado, uma vez que o estudo por eles desenvolvido com dois grupos, de 371 e 310 mulheres, não validou as sub-escalas do instrumento que, neste caso, foi testado apenas com 23 itens. Os autores sugerem assim que a ligação materno-fetal pode ser, na verdade, um constructo unidimensional, sem sub-escalas.

Em Portugal, Mendes (2002), com o objectivo de aprofundar o conhecimento sobre a influência de alguns factores de natureza sócio-demográfica, obstétrica e relacional no desenvolvimento da ligação materno-fetal, realizou um estudo com 220 mulheres

grávidas acompanhadas em um dos 5 serviços de saúde materna incluídos no projecto. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para a selecção das mulheres: gravidez de feto único entre as 22 e as 37 semanas; ausência de risco gestacional; ausência de patologia que afectasse à mãe ou ao seu feto; idade compreendida entre os 18 e os 35 anos; pelo menos o 1º ciclo oficial de instrução; existência de relação marital estável; e não ocorrência anterior de abortamentos, falecimentos ou malformações. Para avaliar a ligação materno-fetal destas mulheres a autora utilizou a MFAS de Cranley (1981), a qual passou pelo método de tradução seguida de retroversão e posterior aplicação de pré-teste para cumprir parte do processo de avaliação das equivalências conceptual e linguística (Mendes, 2002, p. 75) que, juntamente com a avaliação das propriedades psicométricas, fazem parte da adaptação cultural e linguística de um instrumento, necessária para o reconhecimento do mesmo na comunidade científica (European Group on Health Outcomes, 1997 citado por Ferreira; Marques, 1998, p. 19). Através da análise factorial da escala, assim como Cranley (1992) e Müller e Ferketich (1993), Mendes (2002, p. 83) concluiu pela unidimensionalidade do constructo. Já nos estudos de consistência interna, Mendes (2002, p. 84) encontrou um valor do coeficiente *alfa de Cronbach* de 0,82. Por fim, a análise da reprodutibilidade teste-reteste, outro dos critérios de fiabilidade, concluiu pela estabilidade temporal da escala (Mendes, 2002, p. 82).

#### **1.4.2. FACTORES QUE PODEM INFLUENCIAR A LIGAÇÃO MATERNO-FETAL E IMPLICAÇÕES**

Maldonado (1985) e Colman e Colman (1994), citados por Mendes (2002, p. 49), acreditam que a forma como a gravidez é vivenciada e integrada depende da interacção de diversos factores como a idade materna, a história pessoal da grávida, a história obstétrica, o contexto sócioeconómico e a existência de suporte familiar.

Para Shieh, Kravitz e Wang (2001), citados por Salisbury *et al.* (2003, p. 1701), a ligação materno-fetal medida por escalas está consistentemente associada com o planeamento da gravidez, força do relacionamento com o companheiro, idade gestacional e humor materno depressivo.

No estudo anteriormente referido, Cranley (1981) encontrou associações positivas entre os níveis de ligação materno-fetal e o suporte social percebido pela mulher e entre os níveis de ligação materno-fetal e as percepções relativas ao bebé 3 dias após o nascimento. Neste mesmo estudo foi encontrada uma associação negativa entre os níveis de ligação materno-fetal e o stress percebido pela mulher.

Bloom (1995) desenvolveu um estudo com 79 adolescentes grávidas que revelou um aumento da ligação materno-fetal durante a gravidez e uma associação entre a ligação materno-fetal, no terceiro trimestre de gravidez, com comportamentos afectivos da mãe com o bebé depois do nascimento.

Grace (1989) relata, em um estudo longitudinal com 69 mulheres, que os níveis de ligação materno-fetal aumentam significativamente com o decorrer da gravidez e que não estão associados com a maioria das variáveis demográficas da mãe, com excepção da paridade, que demonstrou uma associação negativa.

De facto, Cranley (1984), citada por Grace (1989, p. 228), já havia sugerido que os níveis da ligação materno-fetal eram maiores para mulheres com mais de 20 semanas de gravidez do que para aquelas com menos de 20 semanas. Em 1992, esta mesma autora, citada por Mendes (2002), recomenda a aplicação do seu instrumento de avaliação da ligação materno-fetal somente no 2º trimestre da gravidez, altura em que a mulher já percebe os movimentos do bebé.

Segundo Lerum e LoBiondo-Wood (1989), citados por Salisbury (2003, p. 1701), a frequência e a intensidade de comportamentos de ligação aumentam com a idade gestacional, particularmente após os primeiros pontapés, por volta da 18ª à 22ª semana, e parecem ser influenciados pela quantidade de movimento fetal, pela história da gravidez e pela história de ligação da própria mãe.

Heidrich e Cranley (1989, p. 81) encontraram, entre 91 mulheres durante o segundo trimestre de gravidez, uma pequena mas significativa correlação entre a ligação materno-fetal (avaliada pela MFAS) e a percepção do desenvolvimento do feto. A realização de ecografias não afectou nenhuma destas duas variáveis, que estavam associadas com a percepção precoce do movimento fetal por parte das mulheres.

Para Mendes (2002, p. 39), a ligação materno-fetal perdura durante o terceiro trimestre, mas parece não ser tão intensa quanto no segundo trimestre. Nesta fase a grávida consciencializa-se de que o parto marca a separação já iniciada no período pré-natal.

Kem e Page (1987) e Mercer *et al.* (1988), citados por Grace (1989, p. 228), não encontraram, em seus estudos utilizando a MFAS em mulheres no terceiro trimestre de gravidez, diferenças nos *scores* totais da ligação materno-fetal entre as que tinham gravidez de risco e as que não tinham gravidez de risco. Nestes mesmos estudos, os autores não confirmaram a influência do grau de instrução e da categoria sócioeconómica materna na ligação materno-fetal.

Kem e Page (1987), citados por Grace (1989, p. 228), também não confirmaram a influência da idade materna na ligação materno-fetal.

Koniak-Griffin (1988), também citado por Grace (1989, p. 228), encontrou, em grávidas adolescentes primíparas, fracas relações entre a auto-estima e o suporte social com a ligação materno-fetal (avaliada com a MFAS). No entanto, foram encontrados quatro predictores significativos da ligação materno-fetal em adolescentes: o suporte funcional total, o tamanho da rede de suporte, o planeamento da gravidez e a intenção de ficar com o bebé.

Os níveis de ligação materno-fetal de 61 adolescentes americanas (hispânicas, africanas, e caucasianas) demonstraram significativa correlação com a percepção, por parte das grávidas, de suas relações com suas mães e com os pais da criança (Wayland; Tate, 1993 citado por Beck, 1999, p. 28).

Brockington (1996, p. 70-71) faz referência aos danos que podem ser causados ao feto de uma mãe com fraca ligação, já que a mesma pode tomar atitudes que o causem mal. O autor acredita que a ligação materno-fetal possa ser um dos prováveis preditores dos comportamentos de saúde.

Como resultado do estudo realizado por Mendes (2002) em Portugal, a autora encontrou: não uma correlação mas uma certa tendência para a diminuição dos *scores* de ligação materno-fetal das grávidas à medida que a idade avança; não uma associação estatisticamente significativa, mas uma tendência para as grávidas com menor grau de

instrução apresentarem níveis de ligação materno-fetal mais baixos, sendo o grupo com grau de instrução secundário o que obteve a média mais elevada; uma não associação da categoria sócioeconómica da grávida, da idade gestacional e do planeamento da gravidez com a ligação materno-fetal.

## 1.5. O PARADIGMA SALUTOGÉNICO E O SENTIDO DE COERÊNCIA<sup>7</sup>

*“We must consider what was perhaps the first human mistake: we ate the fruit of the wrong tree. Instead of the Tree of Life, Adam tasted of the fruit of the Tree of Knowledge of Good and Evil. And so our path became one not only of biological but of cultural evolution, an evolution which has allowed us not only to change our environment far beyond the capacity of any other organism, but has given us the complex capacity to dream of such change, to search for understanding of ourselves and our environment (Antonovsky, 1993b, p.969-970)”*

Há muito tempo que o interesse científico na saúde é direccionado para a identificação dos factores que provocam as mais diversas doenças (Geyer, 1997, p. 1771). De acordo com o paradigma patogénico, orientação dominante para toda as ciências envolvidas no campo da saúde, o estado de saúde do indivíduo pode ser enquadrado em uma das posições da dicotomia saúde/doença e para cada doença existem condições e agentes específicos, sejam eles bactérias, vírus, stressores ou comportamentos de risco. Cientistas, profissionais de saúde e agentes políticos concentram as suas atenções no tratamento e na prevenção de doenças específicas, especialmente para determinados grupos de risco (Antonovsky, 1987, p. 3-9).

Entretanto, nos anos 70, insatisfeito com a investigação acerca do stress que se concentrava nas condições potencialmente perigosas da vida e impressionado com os resultados de pesquisas realizadas com mulheres judias sobreviventes do holocausto, Aaron Antonovsky (1974, 1987), um sociólogo da saúde, apresentou um novo modelo teórico elaborado de acordo com as linhas orientadoras daquilo que designou como o paradigma “salutogénico” que pretendia romper com o domínio da orientação patogénica da saúde (Antonovsky, 1993a, p. 725).

---

<sup>7</sup> A expressão “sentido de coerência” é a tradução feita por Saboga Nunes (1999), para a língua portuguesa, da expressão “*sense of coherence*”.



Saboga Nunes (1999, p. 5) cita Super (1955) como uma das mais antigas referências a este paradigma, ao fazer a distinção entre a higiologia e a psicopatologia. Menciona ainda os trabalhos de Maslow (1954, 1973), Rogers (1959), Goldstein (1939), Rotter (1954), White (1959), e Deri (1975), mas considera Aaron Antonovsky (1979, 1987, 1984a) o grande impulsionador do paradigma salutogénico.

Através de um novo ângulo de visão, que não excluía mas sim complementava o modelo patogénico, surgiram questões centrais que serviram de ponto de partida para o trabalho teórico e empírico de Antonovsky: “Por que as pessoas permanecem saudáveis apesar de tantas influências prejudiciais?”; “Como as pessoas conseguem recuperar das doenças?”; “O que há de especial nas pessoas que não ficam doentes apesar de serem submetidas ao mais extremo esforço?” (Federal Centre For Health Education, 1999, p. 22).

Sob esta perspectiva, e uma vez que os stressores – acontecimentos de vida – são onnipresentes na existência humana, o mistério é a sobrevivência dos indivíduos (Antonovsky, 1993a, p. 725).

De uma forma resumida, o modelo salutogénico visa compreender a relação entre os stressores e as estratégias de *coping*<sup>8</sup> – reacções desencadeadas para fazer frente aos stressores – com vista à manutenção ou melhoria da posição do indivíduo no contínuo *health ease/dis-ease* – funcionalidade máxima/ disfuncionalidade – que caracteriza o estado de saúde do indivíduo (Saboga Nunes, 1998, p. 27).

Sendo as estratégias de *coping* o segredo do movimento do indivíduo em direcção ao pólo mais funcional deste contínuo, a necessidade de compreensão do mecanismo de acção do que Antonovsky (1974, p. 246) chamou recursos generalizados de resistência – riqueza, auto-estima, estabilidade cultural, suporte social, entre outros factores importantes no confronto com todos os tipos de stressores e, ainda, a percepção da existência dos mesmos – deu origem à criação do constructo denominado *sense of*

---

<sup>8</sup> Tanto Saboga Nunes (1998), quanto Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), autores que fazem referência ao *coping* na língua portuguesa, optam por não traduzirem este termo. Sob esta questão Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998 p.294) afirmam: “Por não haver, na língua portuguesa, uma palavra única que expresse a complexidade do termo *coping* e para facilitar a recuperação de informações por interessados no tema, optamos por não traduzir este termo. A tradução da palavra *coping* pode significar “lidar com”, “enfrentar” ou “adaptar-se a”.”

*coherence* (sentido de coerência - SCO), uma maneira de ver o mundo que viabiliza uma estratégia de *coping* bem sucedida (Antonovsky, 1987, p. xii-xiii, 1993a, p. 725).

Os recursos generalizados de resistência proporcionam ao indivíduo um conjunto de experiências de vida, caracterizadas pela consistência, pelo equilíbrio entre as demandas impostas pelo acontecimento e as capacidades do indivíduo e pela participação individual na obtenção dos resultados da acção socialmente valorizada, que promovem o desenvolvimento de um forte SCO (Antonovsky, 1987, p. 92-93).

O sentido de coerência é definido como uma orientação global que expressa a extensão na qual o indivíduo possui um abrangente e persistente, embora dinâmico, sentimento de confiança de que: (1) os estímulos emitidos pelo ambiente interno e externo são estruturados, previsíveis, e explicáveis; (2) estão disponíveis recursos para fazer frente às demandas impostas por estes estímulos; e (3) estas demandas são desafios merecedores de investimento e comprometimento (Antonovsky, 1987, p. 19). Observa-se portanto, na definição do SCO, as três componentes do constructo traduzidas para a língua portuguesa por Saboga Nunes (1998, p. 28): capacidade de compreensão (*comprehensibility*), capacidade de gestão (*manageability*) e capacidade de investimento (*meaningfulness*), que abrangem as características cognitivas, instrumentais e motivacionais do SCO (Antonovsky, 1993b, p. 972).

Para aqueles que reclamam uma componente afectiva (Siegrist, 1993, p. 979), Antonovsky (1987, p. 18, 1993c, p. 981) faz questão de esclarecer que a capacidade de investimento se refere a áreas que são importantes para as pessoas, que fazem sentido, não só cognitivamente, mas também emocionalmente para elas, sendo assim uma componente crucial.

Uma pessoa com um forte SCO é capaz de mobilizar os seus recursos generalizados de resistência – “*tension management*” – e gerir um determinado estímulo causador de tensão sem alcançar o estado de stresse que alcançaria uma pessoa com um fraco SCO confrontada com o mesmo estímulo. Pode ainda classificar como neutro ou até salutar um determinado estímulo que para as pessoas com um fraco SCO causaria tensão (Antonovsky, 1987, p. 130-135).

*“What the person with a strong SCO does is to select the particular coping strategy that seems most appropriate to deal with the stressors being confronted”* (Antonovsky, 1987, p.138).

Segundo Antonovsky (1987, p. 28), a própria ausência de alguns dos recursos generalizados de resistência pode vir a se tornar um stressor e pode vir a moldar um fraco SCO nas pessoas.

Relativamente ao adjectivo dinâmico, deve-se ao facto de que o SCO é constantemente influenciado por novas experiências de vida. Por sua vez, os níveis de SCO e a mobilização dos recursos generalizados de resistência acabam por influenciar os tipos de experiências de vida e, como resultado, estas tendem a confirmar o SCO básico, seja ele fraco ou forte, que assim vai se tornando estável e duradouro e, segundo Antonovsky, a partir do início da vida adulta, quando os papéis sociais do indivíduo já estão melhor definidos, permanece bastante estável (Federal Centre For Health Education, 1999, p. 26).

Para comparar o pensamento médico predominante com a perspectiva salutogénica Antonovsky (1987, p. 90) utilizou uma metáfora. Assim, a abordagem médica patogénica tem como objectivo salvar as pessoas de um rio violento sem levar em consideração porque elas entraram lá e porque não são melhores nadadoras. Ou ainda, sob a perspectiva da saúde comportamental, as pessoas entram no rio por vontade própria e recusam-se a aprender a nadar. Em sua perspectiva salutogénica o rio é a própria vida e uma pessoa está sempre a nadar em um rio cujo perigo é conferido pelas condições sócio-culturais e físicas do ambiente. Importa saber quais os factores que determinam a capacidade de nadar de um indivíduo (Antonovsky, 1987, p. 90).

Esta capacidade de nadar pode ser metaforicamente comparada com o constructo SCO que representa uma disposição da personalidade do indivíduo, a visão cognitivo e afectivo-motivacional que o indivíduo tem da vida (Federal Centre For Health Education, 1999, p. 23).

### **1.5.1. OPERACIONALIZAÇÃO DO CONSTRUCTO SCO**

A escala que operacionaliza o constructo SCO é um questionário, composto por 29 itens em diferencial semântico de 7 valores, denominado “*Orientation to Life Questionnaire*” (Antonovsky, 1987, 1993a).

Antonovsky (1987, p. 75), preocupado com a definição central de que o SCO é uma orientação global e não uma resposta para uma situação específica, estabeleceu, como princípio fundamental, que o referido questionário abrangesse uma ampla variedade de estímulos ou situações.

Assim, tendo por base a teoria das facetas dos estímulos de Louis Guttman (Shye, 1978 citado por Antonovsky, 1987, p. 76), Antonovsky (1987) desenvolveu uma escala incluindo em cada item uma das facetas de cada um dos quatro grupos de facetas que descrevem um estímulo (modalidade, origem, solicitação e referencial temporal) e uma quinta, a faceta SCO, que expressa um dos três componentes do constructo (capacidade de compreensão, capacidade de gestão, e capacidade de investimento), tendo, como resultado, 29 itens, cada qual com uma estrutura de facetas diferente (Antonovsky, 1993a, p.726).

Após os procedimentos iniciais de validação – análise crítica por parte de outros profissionais da área (4 colegas), testes em amostras de conveniência e revisões – a escala foi testada empiricamente com uma amostra de judeus israelitas adultos, com resultados promissores que incentivaram a execução de um segundo estudo empírico longitudinal de maior escala, igualmente bem sucedido. A escala foi então publicada por Antonovsky em seu livro (1987), o que atraiu a atenção de muitos investigadores da área (Antonovsky, 1993a, p. 726).

O próprio Antonovsky (1993a) analisou criticamente os resultados de 38 estudos publicados, alguns não publicados disponibilizados por colegas e 23 dissertações de doutoramento e teses de mestrado que utilizavam as duas versões da escala do sentido de coerência (a versão de 29 itens e uma versão de 13 itens) até ao ano de 1990.

Relativamente à viabilidade da escala, até àquela data a escala havia sido utilizada em 14 línguas, por cerca de 10000 pessoas de ambos os sexos, de todas as classes sociais e

das mais variadas idades, tendo sido reportado, por muitos investigadores, que os respondentes consideraram a escala interessante e desafiadora, não tendo sido relatados problemas que pudessem inviabilizar a aplicação da escala (Antonovsky, 1993a, p. 727).

Em 26 estudos que utilizavam a escala de 29 itens o coeficiente *alpha* de Cronbach variou de 0,82 a 0,95, revelando uma boa consistência interna. As poucas correlações de teste-reteste disponíveis revelaram uma considerável estabilidade temporal da escala, mesmo para um período de 2 anos, o que ainda confirma a teoria de que o SCO se torna estável, demonstrando apenas pequenas flutuações, a partir do fim da vida adulta jovem (Antonovsky, 1993a, p. 727).

O procedimento sistemático utilizado para a construção da escala e a observação do produto final por muitos colegas apontam para um alto nível de validade de conteúdo, validade de forma e validade consensual. Os poucos dados disponíveis apontam para um alto nível de validade de constructo. Já a validade de critério, foi examinada pela apresentação de dados correlacionais, estatisticamente significativos, entre o sentido de coerência e quatro domínios: orientação global para o indivíduo e o seu meio; stressores; saúde, doença e bem-estar; e atitudes e comportamentos. (Antonovsky, 1993a, p. 727-730).

Finalmente, a análise factorial da escala apontou para um único factor dominante, devendo esta ser utilizada para medir uma orientação global (Antonovsky, 1993a, p. 731).

Semelhante trabalho de revisão foi realizado e publicado pelo Federal Centre For Health Education (1999) que analisou e discutiu cerca de 50 estudos que utilizaram o constructo SCO a partir de 1992. Na maioria dos casos, os estudos eram transversais e mediam a relação entre o SCO e numerosos parâmetros da saúde mental e física, características do ambiente social, características pessoais, comportamentos e atitudes e traços de personalidade. No entanto, as correlações encontradas não permitem conclusões sobre relações de causalidade (Federal Centre For Health Education, 1999).

Acerca da estabilidade do SCO, Geyer (1997, p. 1774) considera que as teorias desenvolvidas por investigações psicossociais anteriores sugerem que o SCO pode não

ser estável e cita Festinger (1954) para questionar esta assumpção. Segundo a teoria de processos de comparação social do referido autor, os indivíduos querem ter a certeza de que as suas atitudes e percepções, o que inclui comportamentos e estratégias de *coping*, estão de acordo com as das pessoas importantes que os cercam, ficando motivados para mudanças quando isso não acontece.

Por outro lado, Geyer (1997, p. 1775) acredita ainda que o SCO, mesmo se bem desenvolvido, pode estar sujeito a alterações em situações de grandes mudanças, quando as estratégias de protecção às quais os indivíduos recorrem para se sentirem adaptados – criação ou escolha de ambientes que confirmem suas percepções e atitudes (Swann, 1987 citado por Geyer, 1997, p. 1775) ou interpretação distorcida das interações de maneira que confirmem suas percepções (Paulhus; Reid, 1991 citado por Geyer, 1997, p. 1775) – também falham.

Antonovsky (1993a, p. 726) considera o SCO um constructo de significado universal, que atravessa barreiras de género, classes sociais, regiões e culturas. Não se refere apenas a uma estratégia de *coping* específica, mas a factores que, em todas as culturas, são sempre a base para um estratégia de *coping* de sucesso contra os stressores, o que o torna diferente de alguns conceitos como auto-eficácia, *locus* de controlo interno, *hardiness*, e o *coping* focalizado no problema, entre outras estratégias glorificadas por determinadas culturas e apropriadas para alguns stressores em particular.

*“A person with a strong SCO has a set of fundamental rules, a canon, such as the Ten Commandments”, but the tactics are flexible (Antonovsky, 1993b, p.972).”*

O “Questionário Orientação para Viver” (QOV) é a versão do “*Orientation to Life Questionnaire*” adaptada para a língua e o contexto cultural português por Saboga Nunes (1999) numa amostra de 643 indivíduos.

Após a tradução e a retroversão, necessárias à adaptação conceptual e linguística da escala (Ferreira; Marques, 1998), seguiu-se a avaliação da fiabilidade do QOV confirmada com valores de *alpha de Cronbach* que variavam entre 0,83 e 0,86 e com a reprodutibilidade teste-reteste com padrão de resposta constante. Também aqui, a análise factorial comprovou a unidimensionalidade do constructo (Saboga Nunes, 1999).

A validade de constructo foi confirmada constatando-se uma tendência de resultados convergentes e discriminantes relativamente às variáveis ansiedade, stresse, consumo de medicamentos, estilos de vida, avaliação de saúde e confiança nos profissionais de saúde. Aferiu-se ainda a validade de conteúdo, revelando a exequibilidade do constructo no contexto cultural português (Saboga Nunes, 1999).

### **1.5.2. O SENTIDO DE COERÊNCIA E A SAÚDE**

Parece haver evidência suficiente de que os stressores, a menos que adequadamente geridos, sejam patogénicos e, pelo menos, algumas evidências de que, quando bem geridos, sejam salutogénicos. Entretanto, o caminho para este efeito salutogénico ainda não está claramente estabelecido e a discussão acerca do assunto ainda não passa da formulação de hipóteses (Antonovsky, 1987, p. 152).

Cohen (1984), citada por Antonovsky (1987, p. 152-154), propõe 5 mecanismos pelos quais o *coping* pode afectar a etiologia e a recuperação das doenças: a não adopção de hábitos nocivos que interferem directamente na saúde (tabagismo, consumo excessivo de álcool, dieta inadequada, sedentarismo); a adopção de comportamentos adaptativos que podem reduzir a severidade das doenças (procura de tratamento precoce, abertura à informação); a relação com os profissionais de saúde (adesão ao tratamento); o aumento da resistência do organismo através de mecanismos hormonais; e os efeitos fisiológicos positivos da moral elevada e da vontade de viver.

Alguns estudos descritos na literatura procuram evidenciar e desvendar as propriedades salutogénicas do SCO. Segundo o Federal Centre For Health Education (1999, p. 41), Antonovsky enfatizava em seu modelo uma relação directa entre a saúde física e o SCO, ao passo que era muito céptico acerca da relação entre o SCO e aspectos da saúde mental, como o bem-estar e a satisfação com a vida. Entretanto, os resultados dos estudos analisados por esta entidade indicam que as relações entre o SCO e os vários aspectos da saúde mental são mais próximas do que aquelas entre o SCO e a saúde física, que, em alguns casos, é inexistente.

Geyer (1997, p. 1776-1777) alerta para o facto de que a maioria dos estudos que relacionam o SCO com a saúde são correlacionais, o que não encerra o debate acerca da extensão na qual o SCO influencia a saúde ou vice-versa. Para o autor, as evidências de

estudos longitudinais acerca da estabilidade do SCO e do seu impacto na saúde de homens e mulheres permanecem escassas.

De facto, num estudo realizado por Kivimäki *et al.* (2000), com 320 trabalhadores do sexo masculino na Finlândia, o SCO estava associado de forma transversal com queixas psicológicas e somáticas de saúde, entretanto não predizia futuras queixas de saúde num período de *follow-up* de 5 anos. Para os autores, estes resultados podem significar a necessidade de estudos de *follow-up* mais extensos para avaliação da relação do SCO com problemas *major* de saúde pública, como é o caso do risco aumentado de morrer, da doença cardíaca e do cancro.

Todavia, parece importante ter em conta que muitos estudos revelam que os valores do SCO se correlacionam com a percepção do próprio estado de saúde (Becker *et al.*, 1996, Bös; Woll, 1994 citado por Federal Centre For Health Education, p. 106, Suominen, 1993, Harri, 1998, Sanden-Eriksson, 2000, Feldt, 2000 citado por Kuuppelomäki; Utriainen, 2003, p. 383-384, Forbes, 2001, p. 31, Abrahamsson; Ejlertsson, 2002, p. 327).

Além disso, Antonovsky (1987, p. 162) acredita que a saúde representa um dos factores responsáveis pela manutenção dos níveis de SCO, funcionando também como um recurso generalizado de resistência.

### **1.5.3. O SENTIDO DE COERÊNCIA E OS COMPORTAMENTOS DE SAÚDE**

Em sua teoria da auto-eficácia, Bandura (1972a, 1982), citado pelo Federal Centre For Health Education (1999, p. 51), afirma que o comportamento de uma pessoa é determinado pelas expectativas referentes à sua própria eficácia e ao resultado do comportamento. A convicção de que pode exercer um comportamento com sucesso é decisiva para a adopção deste comportamento e o sentimento de auto eficácia é construído através das experiências bem sucedidas de um indivíduo, que levarão ao estabelecimento de adequadas estratégias de *coping*.

Segundo o Federal Centre For Health Education (1999, p. 51), tanto as expectativas de auto-eficácia, quanto a dos resultados do comportamento estão implícitas no constructo SCO, em sua componente capacidade de gestão – a confiança de que os recursos estão



disponíveis para fazer frente aos acontecimentos –, o que faz com que a relação entre o SCO e a adopção de comportamentos mereça mais atenção.

O Federal Centre For Health Education (1999, p. 117) faz ainda menção ao estudo de Mc Sherry e Holm (1994) que encontrou relação entre os níveis de SCO e de auto-eficácia em 60 estudantes nos Estados Unidos.

Ainda no âmbito adopção de comportamentos de saúde, o *locus* de controlo da saúde refere-se às expectativas que o indivíduo possui de que a saúde e a doença podem ser influenciadas. Pessoas com um *locus* de controlo interno estão convencidas de que o seu estado de saúde pode ser influenciado pelo seu próprio comportamento, ao contrário daquelas que possuem um *locus* de controlo externo ou fatalístico (Wallston; Wallston, 1978 citado por Federal Centre For Health Education, 1999, p. 50).

Entretanto, segundo o Federal Centre For Health Education (1999, p. 50), Antonovsky alerta para o facto de que um *locus* de controlo da saúde externo, que leva o indivíduo a comportamentos passivos, pode ser adequado a medida que fornece um alívio emocional, contribuindo para um sentimento subjectivo de bem-estar no caso de doenças crónicas, por exemplo.

Bös e Woll (1994) e Mc Sherry e Holm (1994), citados pelo Federal Centre For Health Education (1999, p. 106, 117), encontraram correlações entre o *locus* de controlo da saúde interno e o SCO.

Apesar de acreditar que o SCO pode influenciar na adopção de comportamentos promotores da saúde, a sequência – SCO/comportamento de saúde/saúde – não é central no pensamento de Antonovsky. Para o autor as pessoas com um elevado SCO possuem uma menor tendência para adoptar estratégias de *coping* não adequadas, como o uso de drogas ou o não cumprimento das recomendações terapêuticas, do que aquelas com níveis mais baixos de SCO. O autor salienta ainda a importância de levar-se em consideração as variáveis passíveis de influenciar directamente os estilos de vida dos indivíduos numa análise da influência do SCO nos mesmos (Antonovsky, 1987, p. 153).

Os poucos estudos descritos na literatura que procuraram analisar a relação entre o SCO e os comportamentos relevantes para a saúde não permitem que sejam estabelecidas

conclusões acerca desta relação devido às limitações metodológicas que apresentam. No entanto, alguns revelam indícios da sua existência.

O Federal Centre For Health Education (1999, p. 46-47) cita alguns exemplos de estudos que procuram analisar a relação entre o SCO e os comportamentos em saúde: Bös e Woll (1994), numa amostra de 500 homens e mulheres, encontraram resultados que afirmavam que as pessoas mais velhas com um SCO mais elevado faziam mais exercício do que aquelas com um SCO mais baixo, o que não aconteceu para as pessoas mais jovens; Franke, Elsesser, Algermissen e Siltzler (1997), em uma amostra de 928 mulheres, chegaram à conclusão de que os valores de SCO eram mais elevados nas mulheres que não tinham problemas com drogas, do que naquelas que tinham; Frenz, Carey e Jorgensen (1993), no entanto, não encontraram tal relação relativamente ao consumo de álcool; Gallagher *et al.* (1994) encontraram relação entre baixos níveis de SCO e comportamentos nocivos à saúde utilizados como estratégias de *coping* por profissionais de saúde; e Becker *et al.* (1996), num estudo com 863 homens e mulheres, não encontraram correlação entre o SCO e a prática de exercício intenso e encontraram significativa, porém não muito forte, correlação entre o SCO e hábitos alimentares e de sono saudáveis.

Kuuppelomäki e Utriainen (2003) não encontraram relação entre o consumo de álcool e de tabaco com os níveis de SCO entre 287 estudantes universitários na Finlândia, mas encontraram associação entre um forte SCO e a prática frequente de actividade física (mais de 3 vezes por semana). Contudo, mudanças relativas ao consumo de álcool e tabaco e à prática de actividade física, ocorridas num período de *follow-up* de 3 anos, de 63 destes estudantes, não tiveram qualquer associação com mudanças no SCO dos mesmos.

Já Midanik *et al* concluíram, através de análises multivariadas com controlo das características demográficas, que os indivíduos pertencentes a um grupo de consumidores moderados de álcool que não reportaram problemas relacionados ao álcool nem embriaguez no ano anterior (419 indivíduos entre os 60 e os 66 anos) possuíam níveis de SCO significativamente maiores dos que os níveis de SCO dos indivíduos pertencentes a um grupo de consumidores frequentes de álcool que reportaram, pelo menos, um tipo de problema relacionado ao álcool e, pelo menos, uma

embriaguez no ano anterior (107 indivíduos entre os 60 e os 66 anos). Entretanto, os próprios autores alertam para o facto de que o referido estudo possui algumas limitações, entre elas, a utilização de uma escala de avaliação do SCO de apenas 9 itens e a restrição da amostra a indivíduos entre os 60 e os 66 anos.

Lindmark *et al.* (2005, p. 2) citam alguns estudos que serviram de base teórica em sua investigação que visava estabelecer uma relação entre o SCO e padrões alimentares: Freire, Sheiham e Hardy (2001) encontraram relação entre baixos níveis de SCO e maior consumo de sacarose entre adolescentes; Björvell *et al.* (1994) encontraram relação entre níveis moderados a baixos de SCO e a pouca capacidade de mudança de hábitos alimentares e perda de peso entre indivíduos com excesso de peso; e Sandén-Eriksson (2000) encontrou um melhor controlo da glicose sanguínea em diabéticos do tipo 2 com altos níveis de SCO.

Os resultados encontrados por Lindmark *et al.* (2005) no referido estudo, realizado na Suécia com uma amostra de 2446 homens e 2545 mulheres, corroboraram os resultados dos estudos citados pelos autores. Em seu estudo, homens e mulheres com níveis de SCO pertencentes ao quartil superior reportaram escolhas alimentares mais saudáveis quando comparados com os homens e mulheres com níveis de SCO pertencentes ao quartil inferior. Os níveis de sentido de coerência explicaram, independentemente da idade, índice de massa corporal (IMC) e escolaridade, as variações no consumo de vegetais entre homens e mulheres, as variações do consumo de gordura saturada, sacarose, doces e frutas entre as mulheres e as variações no consumo de álcool entre os homens.

#### **1.5.4. FACTORES QUE PODEM INFLUENCIAR O SENTIDO DE COERÊNCIA**

Até ao presente momento não é possível estabelecer conclusões acerca da influência de algumas características pessoais e sociais no SCO dos indivíduos.

Cabe lembrar que, segundo Antonovsky (1987, p. 91), algumas características pessoais podem ser importantes para o desenvolvimento do SCO em determinadas culturas e não o serem para outras.

Assim, relativamente ao suporte social, alguns autores encontraram uma relação positiva (Larsson e Kallenberg, 1996, Rena; Moshe e Abrahan, 1996, Becker *et al.*, 1996, citado por Federal Centre For Health Education, 1999, Vonlannen *et al.*, 2004), enquanto outros não encontraram relação (Hart; Hittner; Paras, 1991, citado por Federal Centre For Health Education, 1999, p. 46).

O Federal Centre For Health Education (1999, p. 48) descreve resultados contraditórios relativamente a influência do género no SCO dos indivíduos, nos estudos que analisou: Anson *et al.* (1993a, 1993b), Larsson e Kallenberg (1996), Margalit; Raviv e Ankonina (1992), Coe; Miller e Flaherty (1992), George (1996), e Schmidt-Rathjens *et al.* (1997) encontraram valores de SCO mais baixos entre as mulheres; Antonovsky e Sagy (1986) encontraram valores de SCO mais baixo entre as estudantes do sexo feminino; enquanto que nenhuma diferença entre o SCO de homens e mulheres foi encontrada nos estudos de Antonovsky e Sagy (1990), Sagy; Antonovsky e Adler (1990), Carmel *et al.* (1991), Anson *et al.* (1993), Callahan e Pincus (1995), Pasikowski; Sek e Scigala (1994), Hood; Beaudet e Catlin (1997), Gebert; Broda e Lauterbach (1997), e Rimann e Udris (1998).

Entretanto, ainda em relação ao género, vários estudos citados por Saboga Nunes (1999, p. 14) revelaram que o impacto dos stressores é maior no sexo feminino (Haw, 1982; Kessler, 1984; Flaherty, 1989) e que as mulheres reagem mais intensamente do que os homens aos stressores (Rahe, 1981; Kessler, 1982).

Por outro lado, Anson *et al.* (1993a, 1993b), citados pelo Federal Centre For Health Education (1999, p. 105), demonstraram, em seu estudo realizado com 238 homens e mulheres em Israel, que as mulheres estão expostas a um maior risco: estão mais susceptíveis a perda do emprego; possuem um menor nível educacional; menos mulheres do que homens são casadas; são menos felizes; vivenciam um menor bem-estar mental; são menos satisfeitas com a atmosfera na família; e têm uma pior percepção do seu estado de saúde.

Carmel *et al.* (1991) encontraram resultados diferentes para a relação entre os acontecimentos de vida recentes, o bem-estar físico e mental e o SCO de homens e mulheres. Os acontecimentos de vida recentes tiveram efeitos significantes no bem-estar físico e mental das mulheres mas não no dos homens. O SCO, no entanto, tinha efeito

significativo no bem-estar físico e mental somente dos homens, não exercendo um efeito compensatório no bem-estar físico e mental das mulheres.

O Federal Centre For Health Education (1999, p. 47) argumenta que, embora Antonovsky (1987) considere que a força do SCO é independente das influências sócio-culturais e sócio-demográficas, sendo a participação nos processos de tomada de decisão fundamental para o desenvolvimento e manutenção do SCO, o processo de tomada de decisão pode ser fortemente influenciado por questões de gênero, educação e outras questões relativas à sociedade, o que não permite estabelecer uma conclusão acerca desta assumpção.

Acerca da idade, os estudos revisados pelo Federal Centre For Health Education (1999, p. 48) – Callahan e Pincus (1995), Frenz, Carey e Jorgensen (1994), Larsson e Kallenberg (1996), Rimann e Udris (1998), e Sack *et al.* (1997) – indicam que a força do SCO em adultos aumenta com a idade, ao contrário da suposta estabilidade durante a vida adulta postulada por Antonovsky. Já Gebert, Broda e Lauterbach (1997) e Coe, Miller e Flaherty (1992), também citados pelo Federal Centre For Health Education (1999, p. 108, 111), não encontraram diferenças de SCO para indivíduos em diversos níveis etários. Sendo assim, esta mesma entidade levanta a necessidade de estudos de estudos de *follow-up* a longo prazo para a obtenção de conclusões mais bem fundamentadas.

Relativamente aos jovens, Antonovsky e Sagy (1986), citados pelo Federal Centre For Health Education (1999, p. 121), encontraram valores de SCO mais altos em estudantes mais velhos.

Para a maioria dos 63 estudantes universitários da área da saúde, acompanhados por Kuuppelomäki e Utriainen (2003), não houve alterações no SCO num período de 3 anos de *follow-up*. Entretanto, para um terço desta amostra houve um aumento significativo dos níveis de SCO, que se demonstrou principalmente entre aqueles que já possuíam um forte SCO.

Pouco ou nada se pode afirmar também acerca da relação entre o SCO, a escolaridade e o nível sócioeconómico. Os resultados dos estudos analisados pelo Federal Centre For Health Education (1999, p. 48) são difíceis de interpretar, uma vez que a escolaridade, o

nível sócioeconómico, o tipo de emprego, ou a posição hierárquica na firma são variáveis que podem se confundir. Alguns autores citados por esta entidade – Dudek e Makowska (1993), Hood; Beaudet e Catlin (1996), Larsson e Kallenberg (1996) – não encontraram relação entre o SCO e a escolaridade e entre o SCO e os rendimentos. Outros – Larsson e Kallenberg (1996), Lundberg (1997), Rimann e Udriş (1998) – encontraram correlação do tipo de trabalho e do rendimento com o SCO. Já Bowman (1996, 1997) não encontrou diferenças no SCO em pessoas de diferentes níveis sócioeconómicos e Gebert, Broda e Lauterbach (1997) e Pasikowski, Sek e Scigala (1994) não encontraram diferenças de SCO em pessoas de diferentes escolaridades.

Por sua vez, Ing e Reutter (2003) também encontraram pequena mas significativa relação entre o SCO, avaliado com o questionário de 13 itens, e os rendimentos familiares de 6748 mulheres canadianas entre os 20 e os 64 anos. Estes autores afirmam que o SCO funciona como interveniente na relação entre os rendimentos e a percepção do próprio estado de saúde, apesar de não funcionar como um moderador desta relação.

Finalmente, uma das questões mais frequentemente colocadas acerca do SCO refere-se à possibilidade de se produzir uma mudança planeada e intencional do mesmo (Antonovsky, 1987, p. 124).

Para Antonovsky (1987, p. 124), seria utópico esperar que um encontro entre o profissional de saúde e o paciente, ou ainda uma série deles, possa alterar significativamente e definitivamente o SCO. No entanto, pode-se esperar desses encontros e dos grupos de apoio a determinados pacientes que elevem subtilmente e temporariamente ou, ainda, que não permitam a redução dos níveis de SCO dos indivíduos.

Mas, sem dúvida, a maneira mais importante de se modificar consistentemente o SCO de forma planeada é fazer com que os indivíduos busquem, incansavelmente, experiências fortalecedoras do SCO, ao invés de, simplesmente, repetirem o padrão de experiências típico de suas vidas. Todavia, esta é uma tarefa bastante difícil, uma vez que não se pode controlar as situações de vida que condicionam as experiências de um indivíduo (Antonovsky, 1987, p. 126).

### **1.5.5. O SENTIDO DE COERÊNCIA E A GRAVIDEZ**

O Federal Centre For Health Education (1999, p. 28) refere que Antonovsky (1979) considerava limitada a possibilidade de uma mudança fundamental no SCO de indivíduos adultos. Entretanto, acreditava que mudanças radicais das influências sociais e culturais ou das condições estruturais de vida do indivíduo, como são os casos da emigração, da mudança para uma nova comunidade, do nascimento de um bebé, das mudanças no estado civil e da condição perante o trabalho, podem acarretar em um novo padrão de experiências de vida que, se mantido durante alguns anos, pode levar à uma mudança gradual significativa do SCO.

Poucos são os estudos que abordam a questão do SCO no decorrer da gravidez.

Engelhard, van den Hout e Vlaeyen (2003), por exemplo, demonstram que o SCO no início da gravidez confere à mulher alguma resiliência para os sintomas do stresse pós traumático após aborto espontâneo.

Por sua vez, Abrahamsson e Ejetsson (2002), num estudo com 337 mulheres grávidas, em uma zona rural da Suécia, encontraram uma diferença significativa no SCO, medido no 1º trimestre de gravidez, entre as fumadoras e as não fumadoras, embora os próprios autores considerem a impossibilidade do estabelecimento de uma relação de causalidade devido às limitações do estudo e ao facto de que esta relação foi encontrada somente entre as mulheres com percepção negativa do próprio estado de saúde.

Todavia, o facto de a média dos valores de SCO entre o grupo de mulheres grávidas encontrada neste estudo ter sido superior às médias dos valores de SCO encontrados para mulheres não grávidas na Suécia (Larsson; Kalemberg, 1996 citado por Abrahamsson; Ejetsson, 2002, p. 328) e no Canadá (Wolff; Ratner, 1999 citado por Abrahamsson; Ejetsson, 2002, p. 328) levou Abrahamsson e Ejetsson (2002, p. 328) a considerarem a hipótese de que a gravidez possa ser responsável por um aumento do SCO nas mulheres, uma vez que é um período de forte sentido existencial.

Para estes autores, uma perspectiva salutogénica pode ser aplicada nas consultas de saúde materna para encorajar as mulheres grávidas a deixarem de fumar através do estímulo das três componentes do SCO. A capacidade de compreensão, por exemplo,

pode ser aumentada através do incentivo à consciencialização sobre o hábito tabágico como uma estratégia de *coping* e como um problema de saúde. A capacidade de gestão, por sua vez, pode ser influenciada através do auxílio à mulher no sentido de encontrar recursos para gerir o curso dos acontecimentos da sua vida, inclusive a forma como encara a gravidez, sem fazer uso do tabaco como estratégia de *coping*. Já a capacidade de investimento, mesmo que naturalmente aumentada pela gravidez, pode ser ainda trabalhada pela participação da mulher no processo de tomada de decisão (Abrahamsson; Ejetsson, 2002, p. 330).

Por fim, Sjöström, Langius-Eklöf e Hjertberg (2004, p. 1112), num estudo realizado na Suécia com 120 mulheres, exploraram a relação entre o SCO e o sentimento de bem-estar durante a gravidez e após o parto. Os resultados demonstraram que entre a 34<sup>a</sup> e a 36<sup>a</sup> semanas de gravidez as mulheres reportaram níveis de bem-estar mais baixos do que entre a 10<sup>a</sup> e a 12<sup>a</sup> semanas de gravidez e 8 semanas após o parto, tendo o SCO sido um forte preditor do bem-estar das mesmas.

Estes resultados sugerem que o SCO confere às mulheres a capacidade de lidar com a nova realidade imposta pela gravidez. Sendo assim, a utilização do questionário de avaliação do SCO na consulta de saúde materna pode ser um complemento na avaliação subjectiva da necessidade de suporte psico-social durante a gravidez (Sjöström; Langius-Eklöf; Hjertberg, 2004, p. 1112).

Cabe lembrar, neste momento, que uma vez que o SCO se forma a partir das experiências de vida, Antonovsky (1987, p. 94-100) considera que as mais primitivas experiências de vida de uma criança começam a influenciar o seu SCO e suas experiências de vida futuras e quanto mais forte o SCO dos pais maior a capacidade dos mesmos de proporcionarem aos seus filhos experiências de vida consistentes, equilibradas, participativas e valorizadas, formadoras de um forte SCO.

O autor faz ainda referência à realidade de muitos adolescentes que vêm na violência, no sexo e nas drogas um refúgio para a dor causada por um mundo incompreensível, hostil, incontrollável e sem um lugar para si. Para ele, a gravidez na adolescência pode, muitas vezes, ser vista como parte da diversidade de experiências formadoras de um fraco SCO (Antonovsky, 1987, p. 105).



## SEGUNDO CAPÍTULO

### 2. PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS

A partir da literatura revista, foi possível notar que, por todo o mundo, os actuais padrões de morbilidade e mortalidade encontram-se fortemente influenciados pela elevada prevalência das doenças crónicas não transmissíveis, como são os casos dos diversos tipos de cancro, das doenças cardiovasculares, da diabetes e da osteoporose, o que torna a questão dos estilos de vida, já tão amplamente relacionada com o surgimento destas doenças, uma importante preocupação de saúde pública.

Entretanto, a complexa dinâmica genética, biológica, psicológica, afectiva, sócio-cultural e ambiental que envolve o comportamento humano impõe o desafio constante da busca de novas e efectivas intervenções em promoção da saúde que influenciem positivamente os estilos de vida dos indivíduos, dos grupos e das comunidades.

Sendo o sentido de coerência um traço da personalidade do indivíduo desenvolvido sob a influência directa ou indirecta dos mesmo factores acima referidos, o estabelecimento de uma relação entre este constructo e os comportamentos humanos pode revelar-se promissor para a elaboração de intervenções em promoção da saúde que, segundo Tones (2002, p. 829), devem estar baseadas em análises das várias influências psicológicas, sociais e ambientais no comportamento humano.

Antonovsky (1987, p. 123), criador do constructo, acreditava na estabilidade do sentido de coerência durante a vida adulta. Entretanto, considerava a possibilidade de mudanças subtis e temporárias no sentido de coerência por ocasião das situações críticas da vida, como é o caso da gravidez, que podiam vir a resultar em uma mudança gradual e significativa caso acarretassem num novo padrão de experiências de vida que se mantivesse durante alguns anos. O referido autor acreditava também que as mais primitivas experiências de vida de uma criança começam a influenciar o seu SCO e as suas experiências de vida futuras e que, quanto mais forte o SCO dos pais, maior a capacidade dos mesmos de proporcionarem aos seus filhos experiências de vida consistentes, equilibradas, participativas e valorizadas, formadoras de um forte SCO.

Sob estas perspectivas, no âmbito da promoção da saúde, o estudo do sentido de coerência durante a gravidez merece especial atenção.

Por outro lado, é crescente a evidência de que a doença crónica do adulto reflecte exposições cumulativas a ambientes físicos e sociais prejudiciais, em diferentes momentos da vida, que se iniciam desde a vida fetal (WHO; FAO, 2003a, p. 24).

O estilo de vida materno exerce influência directa sobre a saúde do bebé e pode ser um dos primeiros factores a influenciar, quer biologicamente, quer psico-socialmente, o estilo de vida deste futuro adulto, o que pode ser reconhecido como um ciclo e, mais uma vez, coloca a gravidez numa posição de clara evidência estratégica e preocupação no âmbito da promoção da saúde.

A ligação materno-fetal, por sua vez, pode ser *per se*, ou através de uma relação com o sentido de coerência, determinante para a adopção de estilos de vida saudáveis e para a noção de que o período pré-natal representa uma oportunidade de atingir a mulher grávida com uma série de intervenções e informações.

No entanto, segundo Mendes (2002, p. 63), são contraditórios os resultados das investigações acerca da influência de factores de ordem sócio-demográfica, obstétrica e de adaptação à gravidez na ligação materno-fetal.

Com a finalidade de contribuir para a construção de intervenções efectivas em promoção da saúde, mais especificamente, no campo dos comportamentos de saúde, buscou-se, com este estudo observacional e exploratório: ampliar o conhecimento sobre as mudanças do sentido de coerência no decorrer da vida, especificamente durante a gravidez; ampliar o conhecimento acerca das relações de alguns factores de natureza sócio-demográfica, psico-afectiva e obstétrica com o sentido de coerência das mulheres grávidas e com a ligação materno-fetal; e identificar possíveis relações entre o sentido de coerência, a ligação materno-fetal e o estilo de vida das mulheres grávidas, este último representado pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso durante a gravidez, tendo como população de estudo as mulheres grávidas acompanhadas pelos Serviços de Saúde Materna dos Centros de Saúde da área de abrangência do Hospital de São Francisco Xavier, no Distrito de Lisboa, Portugal.

Em consonância com as necessidades de investigação determinadas a partir da literatura e acima esclarecidas, são objectivos específicos deste estudo:

1. Identificar uma eventual interferência da descoberta da gravidez e da sua evolução no sentido de coerência da mulher;
2. Identificar uma possível associação entre o sentido de coerência da mulher grávida e alguns factores de natureza sócio-demográfica, psico-afectiva e obstétrica, nomeadamente, a idade, a nacionalidade, a paridade, o estado civil, a escolaridade, o rendimento mensal familiar, a história obstétrica, a percepção do próprio estado de saúde, a percepção do suporte social do companheiro e a percepção do suporte social materno;
3. Identificar uma possível associação entre a ligação materno-fetal e alguns factores de natureza sócio-demográfica, psico-afectiva e obstétrica, nomeadamente, a idade, a nacionalidade, a paridade, o estado civil, a escolaridade, o rendimento mensal familiar, a história obstétrica, a percepção do próprio estado de saúde, a percepção do suporte social do companheiro e a percepção do suporte social materno;
4. Identificar uma possível associação entre o sentido de coerência e o estilo de vida da mulher grávida, representado pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso durante a gravidez;
5. Identificar uma possível associação entre a ligação materno-fetal e o estilo de vida da mulher grávida, representado pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso durante a gravidez;
6. Identificar uma possível associação entre o sentido de coerência da mulher grávida e a ligação materno-fetal.

## **TERCEIRO CAPÍTULO**

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. O DESENHO DO ESTUDO**

##### **3.1.1. ORIENTAÇÃO PARADIGMÁTICA**

O desenho de um estudo inicia-se com a selecção de um tema e de um paradigma para nos auxiliar na compreensão de um fenómeno (Creswell, 1994, p. 1).

Os paradigmas nos ajudam a compreender fenómenos através de assumpções sobre o mundo social, sobre como a ciência deve ser conduzida e sobre o que se constituem problemas legítimos, soluções e critérios de “prova” (Firestone, 1978, Gioia; Pitre, 1990, Khum, 1970 citado por Creswell, 1994, p. 1). Assim, os paradigmas guiam tanto a teoria quanto o método de investigação.

Existem dois paradigmas que são amplamente discutidos na literatura: o qualitativo e o quantitativo (Phillips, 1987 Cit por Creswell, 1994, p. 1).

Um estudo quantitativo, consistente com o paradigma quantitativo, é uma investigação acerca de um determinado fenómeno que ocorre dentro de uma realidade objectiva e que existe independentemente da influência do investigador, baseada no teste de uma teoria composta por variáveis medidas por números e analisadas por métodos estatísticos, com a finalidade de desenvolver generalizações que contribuam para o desenvolvimento teórico e permitam a melhor predição, explicação e compreensão do referido fenómeno (Creswell, 1994, p. 2).

O paradigma quantitativo foi o escolhido para guiar o desenvolvimento do presente estudo.

##### **3.1.2. TIPO DE ESTUDO**

De acordo com o método de investigação quantitativo, um estudo pode ser experimental ou observacional (Creswell, 1994, p. 10-11).

Um estudo experimental procura avaliar a medida em que uma ou mais variáveis independentes, manipuladas pelo investigador, são responsáveis por determinado efeito em uma amostra da população dividida, aleatoriamente, num grupo de intervenção e noutro de controlo (McMillan; Schumacher, 1989 citado por Creswell, 1994, p. 117). Através deste tipo de estudo é possível testar uma relação de causa e efeito uma vez que, teoricamente, todas, ou quase todas, as variáveis intervenientes entre a variável manipulada e o efeito são controladas no experimento (Creswell, 1994, p. 117).

Por sua vez, um estudo observacional revela uma descrição quantitativa ou numérica de uma amostra da população, através da colheita de dados não manipulados, que fornecem as variáveis a analisar (Fowler, 1988 citado por Creswell, 1994). Podem ser descritivos, quando se pretende apenas obter informações acerca da população em estudo, e podem ser analíticos, quando se pretende responder a questões acerca da origem das características daquela população (Ribeiro, 1999, p.42). A colheita de dados pode ser realizada num único momento, o que caracteriza um estudo transversal, ou durante um período de tempo, o que caracteriza um estudo longitudinal (Creswell, 1994, p. 117-119).

Devido às limitações impostas pelo tempo disponível para o desenvolvimento do estudo e uma vez que a variável independente em questão, a gravidez, trata-se de uma variável de muito limitada possibilidade de manipulação, foi feita a opção por um estudo do tipo observacional, composto por dois sub-estudos: o sub-estudo 1, analítico e longitudinal, cujo objectivo é ampliar os conhecimentos sobre as mudanças do sentido de coerência com a descoberta da gravidez e no decorrer da mesma; e o sub-estudo 2, analítico e transversal, cujos objectivos são ampliar o conhecimento acerca das relações de alguns factores de natureza sócioeconómica, demográfica, psico-afectiva e obstétrica com o sentido de coerência e a ligação materno-fetal das mulheres grávidas e identificar possíveis relações entre o sentido de coerência, a ligação materno-fetal e o estilo de vida das mulheres grávidas.

Conforme exposto anteriormente, a limitação do tempo e a dificuldade operacional, devida à característica da variável independente em questão, tornaram impossível a determinação do sentido de coerência das mesmas mulheres antes da gravidez, pelo que

foi definido um grupo de mulheres não grávidas para servir de comparação com o grupo de mulheres grávidas no sub-estudo 1.

### **3.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

O presente estudo, com os seus 2 sub-estudos, procurou responder às seguintes questões de investigação para atingir os objectivos estabelecidos:

#### sub-estudo 1

- A descoberta da gravidez influencia o sentido de coerência da mulher?
- O sentido de coerência da mulher sofre modificação no decorrer da gravidez, nomeadamente, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas, com relação às 15 primeiras semanas de gravidez?

#### sub-estudo 2

- Existe alguma relação entre o sentido de coerência da mulher grávida e a sua idade, nacionalidade, paridade, estado civil, escolaridade, rendimento mensal familiar, história obstétrica, percepção do próprio estado de saúde, percepção do suporte social do companheiro e percepção do suporte social materno?
- Existe alguma relação entre a ligação materno-fetal da mulher grávida e a sua idade, nacionalidade, paridade, estado civil, escolaridade, rendimento mensal familiar, história obstétrica, percepção do próprio estado de saúde, percepção do suporte social do companheiro e percepção do suporte social materno?
- Existe alguma relação entre o sentido de coerência e o estilo de vida da mulher grávida, representado pelos seus hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso gestacional?
- Existe alguma relação entre a ligação materno-fetal e o estilo de vida da mulher grávida, representado pelos seus hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso gestacional?
- Existe alguma relação entre o sentido de coerência e a ligação materno-fetal da mulher grávida?

### **3.3. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS**

Segundo Creswell (1994, p.63), num estudo quantitativo as variáveis podem ser classificadas como: independentes, aquelas que causam, influenciam ou afectam resultados; dependentes, as que dependem das variáveis independentes, ou seja, são os resultados da influência das mesmas; e intervenientes, variáveis que interferem entre as variáveis independentes e as dependentes e são estatisticamente controladas nas análises.

Com base na revisão da literatura e com a finalidade de testar a teoria proposta neste estudo, foram definidas, para cada um dos sub-estudos, as seguintes variáveis apresentadas nos Quadros 1 e 2, separadas de acordo com a sua classificação, juntamente com as suas características, indicadores e códigos.

#### **3.3.1. VARIÁVEIS DO SUB-ESTUDO 1**

Para o sub-estudo 1 a variável dependente, sentido de coerência, foi auferida a partir do grupo de comparação de mulheres não grávidas e a partir do grupo de mulheres grávidas em dois momentos, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, o que aparecerá representado pelos algarismos 1 e 2, respectivamente, a seguir ao nome da variável. As variáveis de caracterização, escolaridade, nacionalidade e faixa etária, foram auferidas a partir do grupo de comparação de mulheres não grávidas e a partir do grupo de mulheres grávidas apenas no primeiro momento, ou seja, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez, assumindo-se os mesmos valores do 1<sup>o</sup> para o 2<sup>o</sup> momento devido à natureza fixa ou praticamente fixa destas variáveis com relação a um curto espaço de tempo.

**Quadro 1. Operacionalização das variáveis do sub-estudo 1**

NOME	DESCRIÇÃO	TIPO	INDICADORES/ ESCALAS	CÓDIGOS / ATRIBUTOS
<b>VARIÁVEL INDEPENDENTE</b>				
GRAVID	Gravidez	Qualitativa	Grupo de comparação (mulheres não grávidas); grupo de mulheres grávidas	0 – Não grávida 1 – Grávida
<b>VARIÁVEL DEPENDENTE</b>				
SCO1/2	Sentido de coerência	Quantitativa	Questionário Orientação para Viver incorporado nas questões 6 a 34, 3 a 31 e 5 a 33 dos instrumentos de colheita de dados da 1ª fase da gravidez, da 2ª fase da gravidez e do grupo de comparação, respectivamente. <i>Score</i> definido através do somatório de cada um dos 29 itens, com resposta referente a um diferencial semântico de 7 valores. Os valores dos 3s itens 6, 9, 10, 11, 12, 16, 18, 19, 21, 25, 28, 30 e 32 foram invertidos para o instrumento de colheita de dados da 1ª fase da gravidez. Os valores dos itens 3, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 16, 18, 22, 25, 27 e 29 foram invertidos para o instrumento de colheita de dados da 2ª fase da gravidez. Os valores dos itens 5, 8, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 20, 24, 27, 29 e 31 foram invertidos para o instrumento de colheita de dados do grupo de comparação.	<i>Score</i>
<b>VARIÁVEIS INTERVENIENTES</b>				
FAIXET	Faixa etária	Qualitativa	Idade em anos no momento 1 de colheita de dados	0 – ≤ 24 anos <sup>9</sup> 1 – ≥ 25 anos
NACION	Nacionalidade	Qualitativa	Nacionalidade	0 – Portuguesa 1 – Estrangeira
ESCOL	Escolaridade	Qualitativa	Habilitações académicas	0 – Menos do que o 12º ano completo 1 – Até ao 12º ano completo 2 – Superior completo

### 3.3.2. VARIÁVEIS DO SUB-ESTUDO 2

Com excepção das variáveis de caracterização (idade, nacionalidade, escolaridade, rendimento mensal familiar, paridade, estado civil e história obstétrica) e da ligação materno-fetal, todas as variáveis para o sub-estudo 2 foram auferidas em dois momentos, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, o que aparecerá representado pelos algarismos 1 e 2, respectivamente, a seguir ao nome da variável. As variáveis de caracterização acima referidas foram auferidas somente no 1º momento, ou seja, até à 15ª semana de gravidez, assumindo-se os mesmos valores do 1º para o 2º momento devido à natureza fixa ou praticamente fixa destas variáveis com

<sup>9</sup> O Fundo da Nações Unidas para a População (1998), citado por Matos *et al.* (2003 p. 32) considera adolescente o grupo que vai dos 10 aos 19 anos, juventude dos 15 aos 24 anos e população jovem dos 10 aos 24 anos de idade.



relação a um curto espaço de tempo. Já a variável ligação materno-fetal foi auferida apenas no 2º momento, ou seja, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, e foi utilizada com relação a este momento somente. Os testes estatísticos foram feitos separadamente para cada um dos momentos, não havendo análises com variáveis de diferentes momentos no sub-estudo2.

**Quadro 2. Operacionalização das variáveis do sub-estudo 2 (1ª parte)**

NOME	DESCRIÇÃO	TIPO	INDICADORES/ ESCALAS	CÓDIGOS / ATRIBUTOS
<b>VARIÁVEIS INDEPENDENTES</b>				
IDADE	Idade	Quantitativa	Data de nascimento	Idade em anos
FAIXET	Faixa etária	Qualitativa	Idade em anos no momento 1 de colheita de dados	0 – ≤ 24 anos 1 – ≥ 25 anos
NACION	Nacionalidade	Qualitativa	Nacionalidade	0 – Portuguesa 1 – Estrangeira
ESCOL	Escolaridade	Qualitativa	Habilitações académicas	0 – Menos do que o 12º ano completo 1 – Até ao 12º ano completo 2 – Superior completo
ESCREND	Escala de rendimento mensal familiar	Qualitativa	Escalões de rendimento mensal familiar	0 – < €1000,00 1 – Entre €1000,00 e €1999,99 2 – €2000,00 ou mais
PARID	Paridade	Qualitativa	Número de filhos naturais	0 – Nulípara <sup>10</sup> 1 – Primípara ou múltípara
ESTCIV	Estado civil	Qualitativa	Estado civil	0 – Solteira, separada, divorciada ou viúva 1 – Casada ou a viver maritalmente
HISOBS	História obstétrica	Qualitativa	Ocorrência anterior de aborto, malformação congénita ou gravidez ectópica	0 – Não 1 – Sim
<b>VARIÁVEIS DEPENDENTES</b>				
SCO1/2	Sentido de coerência	Quantitativa	Questionário Orientação para Viver incorporado nas questões 6 a 34 e 3 a 31 dos instrumentos de colheita de dados da 1ª fase da gravidez e da 2ª fase de gravidez, respectivamente. Score definido através do somatório de cada um dos 29 itens, com resposta referente a um diferencial semântico de 7 valores. Os valores dos itens 6, 9, 10, 11, 12, 16, 18, 19, 21, 25, 28, 30 e 32 foram invertidos para o instrumento de colheita de dados da 1ª fase da gravidez. Os valores dos itens 3, 6, 7, 8, 9, 13, 15, 16, 18, 22, 25, 27 e 29 foram invertidos para o instrumento de colheita de dados da 2ª fase da gravidez.	Score

<sup>10</sup> Nulíparas (primeira gravidez, nunca pariram); Primíparas/Múltíparas (pariram pelo menos uma vez um feto que atingiu o estado de viabilidade) Mendes (2002, p. 68).

**Quadro 2. Operacionalização das variáveis do sub-estudo 2 (2ª parte)**

NOME	DESCRIÇÃO	TIPO	INDICADORES/ ESCALAS	CÓDIGOS / ATRIBUTOS
<b>VARIÁVEIS DEPENDENTES (continuação)</b>				
LMF	Ligação materno-fetal	Quantitativa	“Escala de Ligação Materno-Fetal” incorporada nas questões 35 a 58 do instrumento de colheita de dados da 2ª fase da gravidez. <i>Score</i> definido através da média aritmética de cada um dos 24 itens respondidos, com resposta referente a uma escala de Likert de 5 valores. Os valores do item 56 foram invertidos.	<i>Score</i>
HABAL 1/2	Hábitos alimentares	Quantitativa	Somatório dos valores atribuídos pela classificação das diversas componentes dos hábitos alimentares nas duas últimas semanas, compostas pelas respostas aos itens 38 a 81 e 88 a 94 e 59 a 102 e 108 a 114 dos instrumentos de colheita de dados das 1ª e 2ª fases da gravidez, respectivamente. Valores atribuídos pela classificação de cada uma das componentes: não adequado = 0 pontos; adequado = 1 ponto.	<i>Score</i> (critérios de classificação detalhados no item 3.3.2.1.)
CONCAF 1/2	Consumo diário de cafeína em mg	Quantitativa	Somatório do consumo da cafeína contida no café, <i>iced teas</i> , chá preto ou verde e refrigerantes à base de cola nas duas últimas semanas. Itens 82 a 85 e 103 a 106 dos instrumentos de colheita de dados das 1ª e 2ª fases, respectivamente.	mg de cafeína consumida por dia
CATCAF 1/2	Categoria de consumo diário de cafeína	Qualitativa	Somatório do consumo da cafeína contida no café, <i>iced teas</i> , chá preto ou verde e refrigerantes à base de cola nas duas últimas semanas. Itens 82 a 85 e 103 a 106 dos instrumentos de colheita de dados das 1ª e 2ª fases, respectivamente.	0 – ≤ 150 mg de cafeína por dia 1 – > 150 mg de cafeína por dia (critérios de codificação detalhados no item 3.3.2.2.)
CONSALC 1/2	Categoria de consumo de álcool	Qualitativa	Frequência do consumo e tipos de bebidas alcoólicas consumidas nas duas últimas semanas. Itens 95 a 97 e 115 a 117 dos instrumentos de colheita de dados das 1ª e 2ª fases, respectivamente.	0 – Não 1 – Sim (codificação detalhada no item 3.3.2.2.)
HABTAB 1/2	Categoria de consumo de tabaco	Qualitativa	Consumo de cigarros nas duas últimas semanas. Itens 98 e 118 dos instrumentos de colheita de dados das 1ª e 2ª fases, respectivamente.	0 – Não 1 – Sim (codificação detalhada no item 3.3.2.2.)

## Quadro 2. Operacionalização das variáveis do sub-estudo 2 (3ª parte)

NOME	DESCRIÇÃO	TIPO	INDICADORES/ ESCALAS	CÓDIGOS / ATRIBUTOS
<b>VARIÁVEIS DEPENDENTES (continuação)</b>				
PRATACT 1/2	Prática regular de actividade física	Qualitativa	Frequência da prática de actividade física nas duas últimas semanas. Itens 101 a 102 e 111 a 112 dos instrumentos de colheita de dados das 1ª e 2ª fases, respectivamente.	0 – Comportamento adequado 1 – Comportamento razoável 2 – Comportamento não adequado (critérios de codificação detalhados no item 3.3.2.1.)
GANPES 1/2	Ganho de peso gestacional	Qualitativa	Ganho de peso durante a gravidez de acordo com o IMC pré-gestacional.	0 – Ganho de peso saudável 1 – Ganho de peso de risco (critérios de codificação detalhados no item 3.3.2.1.)
PERCSAU 1/2	Percepção do próprio estado de saúde	Qualitativa	Resposta referente a um diferencial semântico de 7 valores	1 = Muito mal 2 = Bastante mal 3 = Mal 4 = Assim, assim 5 = Bom 6 = Bastante bom 7 = Muito bom
SUPCOM 1/2	Percepção do suporte social do companheiro	Qualitativa	Resposta referente a um diferencial semântico de 7 valores a inverter	1 = Sim, muito 2 = Sim, bastante 3 = Sim, um pouco 4 = Mais ou menos 5 = Não, muito pouco 6 = Não, quase nada 7 = Não, nada
SUPMAE 1/2	Percepção do suporte social da mãe	Qualitativa	Resposta referente a um diferencial semântico de 7 valores a inverter	1 = Sim, muito 2 = Sim, bastante 3 = Sim, um pouco 4 = Mais ou menos 5 = Não, muito pouco 6 = Não, quase nada 7 = Não, nada
<b>VARIÁVEIS INTERVENIENTES</b>				
SINTHA 1/2	Sintomas associados à gravidez que interferiram com os hábitos alimentares	Qualitativa	Presença de sintomas associados à gravidez que interferiram com os hábitos alimentares	0 – Não 1 – Sim
SINTAF 1/2	Sintomas associados à gravidez que interferiram com a prática de actividade física	Qualitativa	Presença de sintomas associados à gravidez que interferiram com a prática de actividade física	0 – Não 1 – Sim

### 3.3.2.1. Codificação das variáveis representantes do estilo de vida

De acordo com Detels e Breslow (2002, p. 9), os profissionais de saúde pública devem assegurar a sua credibilidade defendendo apenas as mudanças de estilos de vida com base em estudos científicos sensatos. Portanto, o estabelecimento dos critérios utilizados para a codificação das variáveis representantes do estilo de vida neste estudo foi feito com base na literatura e nos *guidelines* de entidades com elevado grau de credibilidade no meio científico e no sector da saúde, conforme pode ser observado nas respectivas referências bibliográficas.

#### a) Hábitos alimentares

Os dados referentes aos hábitos alimentares das participantes no estudo foram obtidos através de algumas perguntas fechadas de escolha múltipla e de um questionário de frequência alimentar elaborado pela investigadora, com base no “Questionário de Frequência Alimentar” utilizado pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2005). A adaptação do referido questionário foi feita de forma a atender as necessidades de avaliação da população em questão, mulheres grávidas residentes em Portugal, de acordo com os padrões de alimentação sugeridos, para as mulheres grávidas, em WHO (2001) e, para a população em geral, em United States (2005c), o mais sucintamente possível, sem tornar os questionários demasiado longos e aborrecidos.

A abordagem de frequência alimentar solicita aos participantes que relatem a sua frequência de consumo, referente a um determinado período, de cada um dos alimentos de uma lista. A utilização deste método tem como premissa básica o facto de que o conhecimento do consumo médio de um determinado período é mais importante do que o consumo preciso de apenas um ou alguns dias (Willet, 1998, p. 75). São recolhidas informações apenas acerca da frequência de consumo (algumas vezes, também da quantidade, nos chamados questionários semi-quantitativos de frequência alimentar), com poucos detalhes relacionados com outras características como os métodos de cocção e a combinação de alimentos nas refeições. Este tipo de abordagem pode ser utilizada para classificar indivíduos de acordo com o seu consumo de alimentos ou grupos de alimentos e vem sendo bastante utilizada por ser muito mais fácil de aplicar e responder do que os registos alimentares e os recordatórios de 24 horas, outros métodos de avaliação do consumo alimentar (Thompson; Byers, 1994, p.2247S e 2248S).

Tendo em conta que uma dieta saudável e adequada deve satisfazer às necessidades energéticas e de todos os nutrientes essenciais e que estas necessidades não podem ser consideradas de forma isolada das necessidades dos outros nutrientes da dieta, uma vez que umas influenciam as outras (FAO; WHO; UNU, 2001), optou-se por classificar como adequado ou não os hábitos referentes a cada um dos 14 itens que compunha a variável hábitos alimentares de acordo com as recomendações de consumo dos grupos básicos de alimentos em relação às necessidades energéticas diárias dos indivíduos

(Quadro 5) propostas no *Dietary Guidelines for Americans 2005* (United States, 2005c) e com as recomendações gerais para a alimentação durante a gravidez propostas pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001). O item relativo ao consumo de peixes e mariscos é uma exceção e foi classificado segundo critérios propostos por United States (2004b). Através desta abordagem, por grupo de alimentos, adaptada à realidade portuguesa e às necessidades específicas e de maior relevância para o período da gravidez, procurou-se avaliar a adequação do consumo dos vários nutrientes que compõem cada um dos grupos de alimentos, assumindo-se que a frequência relatada no questionário se refere a uma porção média usual do alimento.

O primeiro passo para a avaliação consistiu em estabelecer as necessidades energéticas diárias, em calorias (kcal), de cada uma das participantes no estudo para as duas fases da gravidez, até à 15<sup>a</sup> semana e entre a 20 e a 24<sup>a</sup> semanas. Para tal, foram utilizadas as equações de estimativa das necessidades energéticas em condições normais, propostas pelo relatório *Human energy requirements* (FAO; WHO; UNU, 2001), para o sexo feminino, de acordo com a faixa etária e nível de actividade física (ou estilo de vida), conforme pode ser observado a seguir, no Quadro 3.

Os índices finais, pelos quais cada uma das equações de determinação das necessidades energéticas diárias nas faixas etárias dos 18 aos 30 e dos 30 aos 60 anos foi multiplicada, referem-se ao nível de actividade física/estilo de vida do indivíduo e foram determinados através dos critérios estabelecidos por FAO, WHO e UNU (2001, p. 38). Para a determinação dos mesmos, considerou-se que as actividades domésticas e de lazer de todas as participantes eram semelhantes, variando apenas as actividades diárias de trabalho e a prática ou não de actividade física regular, da seguinte forma:

- Actividade de trabalho leve, sem prática de actividade física regular – 1,53
- Actividade de trabalho leve, com prática de actividade física regular – 1,65
- Actividade de trabalho moderada, sem prática de actividade física regular – 1,70
- Actividade de trabalho moderada, com prática de actividade física regular – 1,76

**Quadro 3. Necessidades energéticas diárias, em condições normais, para o sexo feminino, de acordo com a faixa etária e o nível de actividade física**

FAIXA ETÁRIA (anos)	NECESSIDADE ENERGÉTICA DIÁRIA PARA O NÍVEL DE ACTIVIDADE FÍSICA / ESTILO DE VIDA LEVE	NECESSIDADE ENERGÉTICA DIÁRIA PARA O NÍVEL DE ACTIVIDADE FÍSICA / ESTILO DE VIDA MODERADO	NECESSIDADE ENERGÉTICA DIÁRIA PARA O NÍVEL DE ACTIVIDADE FÍSICA / ESTILO DE VIDA INTENSO	FONTES
15-16	39 kcal / kg / dia	45 kcal / kg / dia	52 kcal / kg / dia	Torun, 2001 citado por FAO,WHO e UNU, 2001
16-17	38 kcal / kg / dia	44 kcal / kg / dia	51 kcal / kg / dia	Torun, 2001 citado por FAO,WHO e UNU, 2001
17-18	37 kcal / kg / dia	44 kcal / kg / dia	51 kcal / kg / dia	Torun, 2001 citado por FAO,WHO e UNU, 2001
18-30	$(14,818 * \text{kg} + 486,6) * \text{EV}^{11}$	$(14,818 * \text{kg} + 486,6) * \text{EV}$	$(14,818 * \text{kg} + 486,6) * \text{EV}$	Schofield, 1985 citado por FAO,WHO e UNU, 2001
30-60	$(8,126 * \text{kg} + 845,6) * \text{EV}$	$(8,126 * \text{kg} + 845,6) * \text{EV}$	$(8,126 * \text{kg} + 845,6) * \text{EV}$	Schofield, 1985 citado por FAO,WHO e UNU, 2001

Após a determinação das necessidades energéticas, em condições normais, para cada uma das participantes, foram acrescentados os valores de energia extra para um ganho de peso ideal total de 12 kg durante a gravidez, propostos pela FAO, WHO e UNU (2001) – 85 kcal / dia, 285 kcal / dia e 475 kcal / dia, respectivamente, para o primeiro, o segundo e o terceiro trimestres de gravidez – alcançando-se assim o valor final total da necessidade energética individual.

Finalmente, os hábitos alimentares de cada uma das participantes foram classificados e valorizados como adequados ou não (1 ou 0 pontos, respectivamente) para cada um dos itens estabelecidos para a composição desta variável, conforme se pode observar no Quadro 4. A soma desta pontuação formou um *score* que serviu para classificar as participantes.

<sup>11</sup> Estilo de vida

**Quadro 4. Análise da variável hábitos alimentares**

Itens componentes dos hábitos alimentares	Questões envolvidas dos questionários da 1ª e 2ª fases da gravidez	Classificação e valorização dos hábitos referentes ao item	FONTE
1. Consumo de vegetais de folhas verde escuras	39 / 60	<b>1</b> – Adequado – De acordo com as necessidades energéticas, conforme o Quadro 5 <b>0</b> – Não adequado – ≠	United States (2005c, p. 53)
2. Consumo de frutas	40, 41 e 42 / 61, 62 e 63 Obs: Sumo de laranja = 2 laranjas	<b>1</b> – Adequado – De acordo com as necessidades energéticas, conforme o Quadro 5 <b>0</b> – Não adequado – ≠	United States (2005c, p. 53)
3. Proporção entre cereais integrais / refinados (pães)	44 e 45 / 65 e 66	<b>1</b> – Adequado – ≥ 50% para integrais <b>0</b> – Não adequado – < 50% para integrais	United States (2005c, p. 25)
4. Consumo de pães, batatas, arroz, massas, cereais e bolachas tipo <i>crackers</i>	44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 e 77 / 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71 e 98	<b>1</b> – Adequado – 4 a 7 porções por dia <b>0</b> – Não adequado – ≠	Adaptado de WHO (2001, p. 7)
5. Consumo de leguminosas	51 / 72	<b>1</b> – Adequado – De acordo com as necessidades energéticas, conforme o Quadro 5 <b>0</b> – Não adequado – ≠	United States (2005c, p. 53)
6. Consumo de azeite	55 / 76	<b>1</b> – Adequado – Cru, na maioria dos dias da semana <b>0</b> – Não adequado – ≠	WHO (2001) United States (2005c)
7. Consumo de lípidos a partir dos laticínios	56, 57, 58, 59, 60, 61 e 62 / 77, 78, 79, 80, 81, 82 e 83	<b>1</b> – Adequado – Maior parte de leites e iogurtes magros ou meio-gordos e queijos brancos e <i>light</i> <b>0</b> – Não adequado – ≠	United States (2005c, p. 54) WHO (2001)
8. Consumo de laticínios	58, 59, 60, 61 e 62 / 77, 78, 79, 80, 81, 82 e 83	<b>1</b> – Adequado – De acordo com as necessidades energéticas, conforme o Quadro 5 <b>0</b> – Não adequado	United States (2005c, p. 53)
9. Consumo de gordura saturada de adição ou de excesso <sup>12</sup>	Somatório: 52 (5 g), 53 (1,3 g), 54 (5 g), 56 (2 g), 58 (2 g), 60 (4 g), 63 (2,3 g), 64 (2,5 g), 65 (0,8 g), 66 (0,6 g), 67 (1,7 g), 68 (5 g), 69 (5 g), 70 (sem gordura aparente 3,9 g, com gordura aparente 10,8 g), 74 (sem pele 1 g, com pele 2 g), 78 (2,5 g), 93 e 94 / Somatório: 73 (5 g), 74 (1,3 g), 75 (5 g), 77 (2 g), 79 (2 g), 81 (4 g), 84 (2,3 g), 85 (2,5 g), 86 (0,8 g), 87 (0,6 g), 88 (1,7 g), 89 (5 g), 90 (5 g), 91 (sem gordura aparente 3,9 g, com gordura aparente 10,8 g), 95 74 (sem pele 1 g, com pele 2 g), 99 (2,5 g), 113 e 114 <sup>13</sup>	<b>1</b> – Adequado – De acordo com as necessidades energéticas, conforme o Quadro 5 <b>0</b> – Não adequado – ≠	United States (2005c, p. 31)
10. Consumo de peixes e mariscos	72 e 73 / 93 e 94	<b>1</b> – Adequado – Até 2 vezes por semana <b>0</b> – Não adequado – ≠	United States (2004b)
11. Consumo de carnes, frutos secos, ovo e leguminosas	43, 51, 67, 68, 70, 71, 72, 73 e 74 / 64, 72, 88, 89, 91, 92, 93, 94 e 95	<b>1</b> – Adequado – 2 porções por dia <b>0</b> – Não adequado – ≠	WHO (2001, p. 11)
12. Consumo de açúcar, bebidas açucaradas, frutas em conserva, doces, bolachas recheadas e biscoitos doces	Somatório: 42, 76, 78 (20 g de açúcar/porção), 80 (8 g de açúcar/porção) e 81 (30 g de açúcar/porção) / Somatório: 63, 97, 99 (20 g de açúcar/porção), 101 (8 g de açúcar/porção) e 102 (30 g de açúcar/porção) <sup>14</sup>	<b>1</b> – Adequado – De acordo com as necessidades energéticas, conforme o Quadro 5 <b>0</b> – Não adequado – ≠	United States (2005c, p. 55)
13. Consumo de fluidos	41, 56, 57, 81, 84 e 91 / 62, 77, 78, 102, 105 e 111	<b>1</b> – Adequado – ≥ 1,8 litros <b>0</b> – Não adequado – < 1,8 litros	WHO (2001, p. 16)
14. Sal de adição	92 / 112	<b>1</b> – Adequado – Não <b>0</b> – Não adequado – Sim	WHO (2001, p. 13)

<sup>12</sup> Adicionada à comida durante a cocção ou à mesa e consumida através de alimentos mais ricos em gordura que poderiam ser substituídos por outros semelhantes e menos ricos em gordura.

<sup>13</sup> Valores médios de gordura saturada por porção dos alimentos obtidos de US Department of Agriculture (1988) citado por Mahan; Arlin (1994, p.766-824).

<sup>14</sup> Valores médios de açúcar por porção de alimento obtidos de Franco (1992).

**Quadro 5. Recomendações de consumo dos grupos básicos de alimentos em relação às necessidades energéticas diárias dos indivíduos**

Nível calórico/ Grupos de alimentos	1800	2000	2200	2400	2600	2800	3000
<b>Frutas</b>	3 porções por dia	4 porções por dia	4 porções por dia	4 porções por dia	4 porções por dia	5 porções por dia	5 porções por dia
<b>Vegetais verde escuros</b>	3 porções por semana	3 porções por semana	3 porções por semana	3 porções por semana	3 porções por semana	3 porções por semana	3 porções por semana
<b>Leguminosas</b>	3 porções por semana	3 porções por semana	3 porções por semana	3 porções por semana	3,5 porções por semana	3,5 porções por semana	3,5 porções por semana
<b>Leite e derivados</b>	3 a 4 porções por dia	3 a 4 porções por dia	3 a 4 porções por dia	3 a 4 porções por dia	3 a 4 porções por dia	3 a 4 porções por dia	3 a 4 porções por dia
<b>Gordura saturada, de adição ou de excesso</b>	< 20 g	< 22 g	< 24 g	< 27 g	< 29 g	< 31 g	< 33 g
<b>Açúcar de adição (alimentos e bebidas)</b>	20 g	32 g	36 g	48 g	56 g	60 g	72 g

FONTE: Adaptado, para a realidade portuguesa, de United States (2005c).<sup>15</sup>

#### b) Consumo de cafeína

A codificação desta variável foi feita de acordo com a média diária do consumo da cafeína contida no café (100 mg / chávena), *iced teas* (26 mg / lata de 300 ml), chá preto ou verde (32 mg / chávena) e refrigerantes à base de cola (38 mg / lata de 300 ml)<sup>16</sup> ingeridos nas duas semanas anteriores à data de preenchimento do questionário.

Para tal foram analisadas as respostas aos itens 82 a 85 e 103 a 106 dos instrumentos de colheita de dados das 1ª e 2ª fases, respectivamente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001, p. 17), os efeitos do consumo de cafeína para o feto ainda não estão bem estabelecidos e as mulheres grávidas devem limitar o seu consumo de café a 3 ou 4 chávenas / dia.

Entretanto, o Centro de Avaliação de Riscos para a Reprodução Humana do Departamento de Serviços Humanos e de Saúde dos Estados Unidos da América afirma que há um consenso por parte da Organização dos Serviços de Informação de Teratologia (OTIS) dos Estados Unidos e do Canadá e do grupo Motherisk no que se refere a um baixo consumo de cafeína ( $\leq 150$  mg / dia) por parte das mulheres grávidas,

<sup>15</sup> Em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde para as mulheres grávidas (WHO, 2001)

<sup>16</sup> FONTE: National Soft Drink Association, United States Food and Drug Administration, Bunker and Mc Williams, Pepsi citado por Wilstar. com, 2005.



o que não acontece para um consumo moderado (300 mg / dia). Segundo estes organismos, um consumo de até 150 mg / dia de cafeína durante a gravidez não aumenta o risco de aborto ou baixo peso ao nascimento. Contudo, o grupo Motherisk recomenda que não se ultrapasse o limite das 150 mg / dia de cafeína durante a gravidez, enquanto a OTIS acredita que um consumo moderado de 300 mg / dia parece não aumentar o risco de malformações ou outros problemas (United States, 2005b).

Devido à falta de consenso apresentada na literatura e à limitação do tamanho da amostra para uma categorização com maior número de grupos, optou-se pela visão mais rigorosa e cuidadosa, ainda que não extrema, do Centro de Avaliação de Riscos para a Reprodução Humana do Departamento de Serviços Humanos e de Saúde dos Estados Unidos da América, para o seguinte agrupamento e codificação do consumo de cafeína por parte das mulheres grávidas nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário: (0)  $\leq 150$  mg de cafeína por dia e (1)  $> 150$  mg de cafeína por dia.

#### c) Consumo de álcool

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001, p.17), a mulher deve tentar não ingerir bebidas alcoólicas durante a gravidez. Porém, o consumo de um copo de vinho em ocasiões especiais não é problemático.

Já o Departamento de Serviços Humanos e de Saúde e o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos da América (United States, 2005c, p. 44) preconizam o não consumo de bebidas alcoólicas por parte das mulheres grávidas.

Uma vez que o tamanho da amostra não permitiu a classificação da variável em mais de dois grupos, optou-se, novamente, por uma visão mais rigorosa e cuidadosa, tendo sido agrupadas e codificadas da seguinte forma as frequências e consumos de álcool por parte das mulheres grávidas nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário: (0) Não e (1) Sim.

Para tal foram analisadas as respostas aos itens 95 a 97 e 115 a 117 dos instrumentos de colheita de dados das 1ª e 2ª fases, respectivamente.

d) Hábitos tabágicos

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001, p. 17) considera que a mulher grávida deve tentar não fumar durante a gravidez ou, pelo menos, reduzir substancialmente o consumo de cigarros.

Levando em consideração esta posição da Organização Mundial de Saúde e o consenso da literatura, apresentada na revisão do Primeiro Capítulo, acerca dos malefícios do tabaco para a saúde da mãe e do bebê, não tendo sido encontrado, entretanto, relato de consumos considerados seguros, optou-se por agrupar e codificar, da seguinte forma, o consumo de cigarros por parte das mulheres grávidas nas duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário: (0) Não; (1) Sim.

Para tal foram analisadas as respostas aos itens 98 e 99 e 118 e 119 dos instrumentos de colheita de dados das 1ª e 2ª fases, respectivamente.

e) Prática regular de actividade física

Segundo o American College of Sports Medicine (1991, p. 181-182), no caso da mulher grávida, quando não houver contra-indicações médicas, são bem tolerados, normalmente, 15 a 30 minutos de uma actividade física de tipo e intensidade apropriados ao seu condicionamento e período de gestação, 3 a 5 vezes por semana.

O Departamento de Serviços Humanos e de Saúde e o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos da América (United States, 2005c, p. 20) recomendam, na ausência de complicações médicas ou obstétricas, a incorporação de 30 minutos ou mais de actividade moderada na maioria dos dias ou diariamente.

Sendo assim, optou-se por agrupar e codificar como: (0) comportamento adequado, a prática de, pelo menos, 30 minutos de actividade física 4 ou mais vezes por semana, desde que esta não tenha sido desaconselhada pelo médico, ou a não prática de actividade física, se esta tiver sido desaconselhada pelo médico; (1) comportamento razoável, a prática de, pelo menos, 30 minutos de actividade física 2 ou 3 vezes por semana, desde que esta não tenha sido desaconselhada pelo médico; e (2) comportamento não adequado, a prática de actividade física menos de 2 vezes por

semana, quando esta não foi desaconselhada pelo médico, ou a prática de actividade física, quando esta foi desaconselhada pelo médico.

Para tal, foram analisadas as respostas aos itens 101 a 103 e 121 a 123 dos instrumentos de colheita de dados das 1ª e 2ª fases, respectivamente.

#### f) Ganho de peso gestacional

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001, p. 19) recomenda que a mulher ganhe, em média, 10 a 12,5 kg durante toda a gravidez, cerca de 1,5 a 2 kg por mês, a partir do 4º mês de gravidez, e sugere que um ganho de peso inferior a 1 kg ou superior a 3 kg por mês deve ser devidamente examinado pelo médico.

A Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos da América (National Academy of Sciences, 1990 Cit por Worthigton-Roberts, 1995, p. 159), entretanto, estabeleceu recomendações semanais mais precisas, ainda que com escalas mais amplas de ganho de peso, com base no IMC pré-gestacional, fundamental para a avaliação das necessidades dietéticas durante a gravidez, conforme pode ser observado no Quadro 6.

**Quadro 6. Ganho de peso recomendado para as mulheres grávidas com base no índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional**

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL SEGUNDO O IMC PRÉ-GESTACIONAL	GANHO DE PESO TOTAL (KG)	GANHO DE PESO NO 1º TRIMESTRE (KG)	GANHO DE PESO SEMANAL NO 2º E 3º TRIMESTRES (KG)
ABAIXO DO PESO (IMC < 19,8)	12,5 – 18	2,3	0,49
PESO NORMAL (19,8 ≤ IMC ≤ 26)	11,5 – 16	1,6	0,44
ACIMA DO PESO (26 < IMC ≤ 29)	7 – 11,5	0,9	0,3
OBESA (IMC > 29)	6		

FONTE: National Academy of Sciences, 1990 Cit por Worthigton-Roberts, 1995, p. 159

Com base na abrangência e maleabilidade destas duas referências, a variável foi codificada como (0) ganho de peso saudável e (1) ganho de peso de risco, através da análise dos itens 113, 114 e 115 do instrumento de colheita de dados da 1ª fase, onde foram registados os dados retirados das Fichas Clínicas das Grávidas.

### 3.4. HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Para identificar a existência ou não de possíveis relações entre as variáveis acima apresentadas, de forma a responder às questões de investigação, foram propostas e testadas hipóteses que serão descritas a seguir, agrupadas de acordo com os objectivos da investigação.

#### 3.4.1. HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 1

***Objectivo 1** – Identificar uma eventual interferência da descoberta da gravidez e da sua evolução no sentido de coerência da mulher.*

**Hipótese 1** - Os níveis de SCO das mulheres grávidas, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez, são maiores que os níveis de SCO das mulheres não grávidas.

**Hipótese 2** - Os níveis de SCO das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, são maiores que os níveis de SCO das mulheres grávidas, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez.

#### 3.4.2. HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 2

***Objectivo 2** – Identificar uma possível associação entre o sentido de coerência da mulher grávida e alguns factores de natureza sócio-demográfica, psico-afectiva e obstétrica, nomeadamente, a idade, a nacionalidade, a paridade, o estado civil, a escolaridade, o rendimento mensal familiar, a história obstétrica, a percepção do próprio estado de saúde, a percepção do suporte social do companheiro e a percepção do suporte social materno.*

**Hipótese 3** - Os níveis de SCO variam consoante a idade das mulheres grávidas, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 4** - Há diferença entre os níveis de SCO das mulheres grávidas portuguesas e das mulheres grávidas estrangeiras, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 5** - Há diferença entre os níveis de SCO das mulheres grávidas nulíparas e das mulheres grávidas primíparas ou múltiparas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Hipótese 6** - Há diferença entre os níveis de SCO das mulheres grávidas solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas e das mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Hipótese 7** - Os níveis de SCO variam consoante a escolaridade das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Hipótese 8** - Há diferença entre os níveis de SCO das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de menos de €1000, das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar entre €1000 e €1999,99 e das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de €2000 ou mais, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Hipótese 9** - Há diferença entre os níveis de SCO das mulheres grávidas com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas e das mulheres grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Hipótese 10** - Os níveis de SCO variam consoante os níveis de percepção do próprio estado de saúde por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Hipótese 11** - Os níveis de SCO variam consoante os níveis de percepção do suporte social do companheiro por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Hipótese 12** - Os níveis de SCO variam consoante os níveis de percepção do suporte social materno por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

### 3.4.3. HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 3

***Objectivo 3** – Identificar uma possível associação entre a ligação materno-fetal e alguns factores de natureza sócio-demográfica, psico-afectiva e obstétrica, nomeadamente, a idade, a nacionalidade, a paridade, o estado civil, a escolaridade, o rendimento mensal familiar, a história obstétrica, a percepção do próprio estado de saúde, a percepção do suporte social do companheiro e a percepção do suporte social materno.*

**Hipótese 13** - Os níveis de ligação materno-fetal variam consoante a idade das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 14** - Há diferença entre os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas portuguesas e das mulheres grávidas estrangeiras, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 15** - Há diferença entre os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas nulíparas e das mulheres grávidas primíparas ou múltiparas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 16** - Há diferença entre os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas e das mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 17** - Os níveis de ligação materno-fetal variam consoante a escolaridade das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 18** - Há diferença entre os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de menos de €1000, das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar entre €1000 e €1999,99 e das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de €2000 ou mais, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 19** - Há diferença entre os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas e das

mulheres grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 20** - Os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, variam consoante os níveis de percepção do próprio estado de saúde por parte das mulheres.

**Hipótese 21** - Os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, variam consoante os níveis de percepção do suporte social do companheiro por parte das mulheres.

**Hipótese 22** - Os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, variam consoante os níveis de percepção do suporte social materno por parte das mulheres.

#### **3.4.4. HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 4**

***Objectivo 4** – Identificar uma possível associação entre o sentido de coerência e o estilo de vida da mulher grávida, representado pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso durante a gravidez.*

**Hipótese 23** - Quanto mais altos os níveis de SCO das mulheres grávidas, melhores os seus hábitos alimentares, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 24** - Quanto mais altos os níveis de SCO das mulheres grávidas, menores os seus consumos diários de cafeína, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 25** - Quanto mais altos os níveis de SCO das mulheres grávidas, menores os seus consumos de álcool, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 26** - Quanto mais altos os níveis de SCO das mulheres grávidas, menores os seus consumos de tabaco, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 27** - Quanto mais altos os níveis de SCO das mulheres grávidas, melhores os seus comportamentos no que respeita à prática regular de actividade física, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 28** - Mulheres grávidas com níveis de SCO mais altos têm um ganho de peso mais adequado do que mulheres grávidas com níveis de SCO mais baixos, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

### 3.4.5. HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 5

***Objectivo 5** – Identificar uma possível associação entre a ligação materno-fetal e o estilo de vida da mulher grávida, representado pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso durante a gravidez.*

**Hipótese 29** - Quanto mais altos os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, melhores os seus hábitos alimentares, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 30** - Quanto mais altos os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, menores os seus consumos de cafeína, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 31** - Quanto mais altos os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, menores os seus consumos de álcool, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 32** - Quanto mais altos os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, menores os seus consumos de tabaco, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Hipótese 33** - Quanto mais altos os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, melhores os seus comportamentos no que respeita à prática regular de actividade física, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.



**Hipótese 34** - Mulheres grávidas com níveis de ligação materno-fetal mais altos têm um ganho de peso mais adequado do que mulheres grávidas com níveis de ligação materno-fetal mais baixos, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

### 3.4.6. HIPÓTESE REFERENTE AO OBJECTIVO 6

***Objectivo 6** – Identificar uma possível associação entre o sentido de coerência da mulher grávida e a ligação materno-fetal.*

**Hipótese 35** - Quanto mais altos os níveis do sentido de coerência das mulheres grávidas, mais altos os níveis da ligação materno-fetal das mesmas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

## 3.5. POPULAÇÃO, AMOSTRA E GRUPO DE COMPARAÇÃO

### 3.5.1. POPULAÇÃO

Segundo Norusis (1991), citado por Ribeiro (1999, p.52), as pessoas ou objectos acerca dos quais se pretende produzir conclusões designam-se por população. Miaoulis e Michener (1976), também citados por Ribeiro (1999, p.52), consideram que a população, ou universo, é a totalidade das observações pertinentes que podem ser feitas num dado problema. Por sua vez, Smith (1975), citado por Ribeiro (1999, p. 52), designa por universo geral a população abstracta ou teórica à qual o investigador pretende generalizar os resultados da investigação e por universo de trabalho a operacionalização concreta deste universo. Seguindo esta linha de raciocínio, a população ou universo geral desta investigação é representada pelas mulheres grávidas que fazem o acompanhamento pré-natal da sua gravidez no Serviço Nacional de Saúde de Portugal, enquanto que a população ou universo de trabalho limita-se às mulheres grávidas acompanhadas pelos Serviços de Saúde Materna dos Centros de Saúde da área de abrangência do Hospital de São Francisco Xavier, no Distrito de Lisboa, Portugal (Centro de Saúde de Ajuda, Centro de Saúde de Alcântara, Centro de Saúde de Carnaxide extensão Linda-a-Velha, Centro de Saúde de Oeiras e Centro de Saúde de Santo Condestável).

### **3.5.2. AMOSTRA E GRUPO DE COMPARAÇÃO**

Na prática, muitas vezes, por limitações de tempo e de custos, a população é demasiado grande para ser possível observá-la na sua totalidade, sendo então necessário proceder-se à selecção de elementos pertencentes a essa população ou universo, técnica designada por amostragem, formando uma amostra que fornecerá as informações acerca da mesma (Carmo e Ferreira, 1998, p. 191).

A selecção da amostra pode ser feita de tal forma que esta seja representativa da população que se pretende estudar. Existem dois grandes tipos de técnicas de amostragem: a probabilística, cuja selecção é feita de modo que cada um dos elementos da população tenha uma probabilidade real, conhecida e não nula, de ser incluído na amostra; e a não probabilística, cuja selecção é feita de acordo com um ou mais critérios julgados importantes pelo investigador e onde não está garantida uma probabilidade, conhecida e não nula, de cada um dos elementos da população ser incluído na amostra (Carmo; Ferreira, 1998, p.191-192).

Devido às limitações relativas ao tempo e aos recursos disponíveis para a investigadora, foi utilizada, para este estudo, uma técnica de amostragem não probabilística do tipo de conveniência, uma vez que a opção da investigadora para os locais de colheita de dados recaiu para os Centro de Saúde de Oeiras e de Carnaxide extensão Linda-a-Velha devido às características propícias referentes ao número de consultas, à proximidade do local e à logística de funcionamento das consultas, que permitia às mulheres grávidas responderem a um questionário reconhecidamente longo enquanto aguardavam na sala de espera. Embora também tenha sido concedida a autorização para a efectuação do processo de colheita de dados nos Centros de Saúde de Alcântara e de Ajuda e tenha sido solicitada a autorização para o Centro de Saúde de Santo Condestável, de onde o processo foi encaminhado para a Sub-Região de Saúde de Lisboa, não tendo sido obtida resposta, mesmo após inúmeros contactos.

Relativamente ao tamanho da amostra, Ribeiro (1999, p.57) considera que o número óptimo de participantes depende das características da investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. Supõe-se que, quanto maior o número de participantes na amostra, menor é o chamado erro de amostragem. Entretanto, quando a amostra é não

probabilística, os cálculos relativos ao erro de amostragem não podem ser feitos. Deve-se, portanto, garantir que a amostra inclua o número suficiente de participantes para que os resultados estatísticos da análise sejam seguros.

De acordo com Carmo e Ferreira (1999, p.196), para um estudo correlacional são necessários, pelo menos, 30 sujeitos para estabelecer se existe ou não uma relação entre duas variáveis.

Portanto, a amostra não probabilística, de conveniência, cujos atributos relativos às variáveis anteriormente descritas foram utilizados para os testes das hipóteses deste estudo, consistiu de 70 mulheres, com até 15 semanas de gravidez, com gestação de feto único e sem relato de patologia materna ou fetal, que estiveram presentes na consulta de saúde materna dos Centros de Saúde de Oeiras e de Carnaxide extensão Linda-a-Velha por ocasião das visitas da investigadora, entre os dias 3 de Fevereiro de 2005 e 25 de Julho de 2005, e que aceitaram participar no processo de investigação. Destas 70 mulheres, 9 foram eliminadas da amostra, 2 por ter sido constatado, na consulta posterior, que estavam com mais de 15 semanas de gestação na ocasião do preenchimento do questionário, 2 por se tratarem de gravidezes de alto risco, uma por problemas psiquiátricos e outra por hipertensão arterial, e as demais 5 por terem respondido ao questionário de determinação do sentido de coerência quase que inteiramente com os valores extremos, critério considerado de exclusão por Antonovsky (1989, p. 24 e 25).

Dentre as 61 mulheres grávidas que permaneceram na composição da amostra do sub-estudo 1 e da 1ª fase do sub-estudo 2, aquelas que continuaram o acompanhamento da gravidez nos respectivos Centros de Saúde foram novamente contactadas para participarem da 2ª fase do sub-estudo 2, por ocasião das suas consultas de saúde materna, quando estavam entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez. Por motivos diversos que vão, desde a não continuidade de acompanhamento da gravidez no centro de saúde (10), ou a recusa em participar nesta 2ª fase da investigação (5), passando pela falta da consulta no dia marcado (4), até à ocorrência de um aborto (1), apenas 41 das 61 mulheres grávidas participaram nesta 2ª fase do sub-estudo 2.

O grupo de comparação do sub-estudo 1 consistiu de 61 mulheres não grávidas que estavam nas salas de espera do Centro de Saúde de Oeiras por ocasião da visita da investigadora, entre os dias 17 de Maio de 2005 e 30 de Setembro de 2005, e foi determinado de forma a se fazer o emparelhamento para as variáveis intervenientes identificadas na literatura – escolaridade, nacionalidade e faixa etária – com a amostra de mulheres grávidas da 1ª fase do estudo. Pretendia-se assim, conforme sugerido por Beaglehole, Bonita e Kjellström (2003, p. 57), assegurar que estas variáveis tivessem uma distribuição idêntica nos dois grupos comparados, para que fossem controladas as suas influências como factores de confundimento. De facto, o presente estudo encontrou relação entre a escolaridade e a faixa etária e o sentido de coerência no momento 1, o que não aconteceu para a nacionalidade, mas não invalida o emparelhamento feito com base na literatura. A opção da investigadora pela não utilização da variável escalão de rendimento mensal familiar como critério de emparelhamento deveu-se aos constrangimentos constatados na resposta à pergunta relativa à referida variável por parte do grupo de mulheres grávidas.

### **3.6. A COLHEITA DOS DADOS**

A colheita dos dados foi realizada pela própria investigadora, através de inquérito por questionário de auto-resposta, nas salas de espera dos Centros de Saúde de Oeiras e de Carnaxide extensão Linda-a-Velha, no período total compreendido entre 2 de Fevereiro de 2005 e 30 de Setembro de 2005.

#### **3.6.1. O PROCESSO DE COLHEITA DOS DADOS**

No que se refere ao grupo de mulheres grávidas, o processo de colheita dos dados foi único para os dois sub-estudos e foi realizado em dois momentos diferentes com o mesmo grupo, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez. Consistiu da auto-resposta do questionário não anónimo, específico de cada fase da gravidez, por ocasião da consulta de saúde materna, nas salas de espera dos Centros de Saúde de Oeiras e de Carnaxide extensão Linda-a-Velha.

Relativamente ao grupo de comparação de mulheres não grávidas do sub-estudo 1, o processo de colheita dos dados consistiu do auto-preenchimento de um questionário anónimo, específico para este grupo, nas salas de espera do Centro de Saúde de Oeiras.

Cabe explicar que, embora o processo de colheita dos dados do sub-estudo 2 tenha sido realizado em duas fases, a análise estatística foi feita somente entre dados do mesmo momento de colheita de dados, o que caracteriza um estudo transversal.

### **3.6.2. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

#### **3.6.2.1. Instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 1ª fase da gravidez (Anexo 1)**

O instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 1ª fase da gravidez, até à 15ª semana, consistiu:

- de uma folha de rosto com uma breve explicação do conteúdo da investigação com vistas à obtenção do consentimento informado por parte de cada uma das participantes;
- de uma pequena introdução com 5 questões abertas de identificação, de natureza pessoal, demográfica e obstétrica, incluindo o nome da participante, necessário para o acompanhamento da mesma na 2ª fase do estudo;
- de todas as 29 questões, sob forma de diferencial semântico de sete valores, do “Questionário Orientação para Viver” (Saboga Nunes, 1999) para a determinação do sentido de coerência;
- de 3 questões, ainda em diferencial semântico de sete valores, referentes à percepção do próprio estado de saúde e à percepção do suporte social materno e do companheiro;
- de 1 questionário de frequência alimentar com 48 itens, elaborado pela investigadora com base no “Questionário de Frequência Alimentar” utilizado pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2005);
- de mais 18 perguntas relativas ao tempo de descoberta da gravidez, hábitos alimentares, consumo de álcool e tabaco, ocorrência de sintomas relacionados com a gravidez e prática regular de actividade física;
- de 9 perguntas de natureza sócio-demográfica;

- e de 6 itens referentes às condições estado-ponderais e obstétricas da mulher antes e durante a gravidez, a serem preenchidos pela investigadora a partir da Ficha Clínica da Grávida.

### **3.6.2.2. Instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 2ª fase da gravidez (Anexo 2)**

O instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 2ª fase da gravidez, entre a 20ª e a 24ª semanas, consistiu:

- de uma folha de rosto com uma breve explicação do conteúdo do questionário nesta 2ª fase da investigação;
- de uma pequena introdução com 2 questões abertas: identificação e tempo de gravidez;
- de todas as 29 questões, sob forma de diferencial semântico de sete valores, do “Questionário Orientação para Viver” (Saboga Nunes, 1999) para a determinação do sentido de coerência;
- de 3 questões, ainda em diferencial semântico de sete valores, referentes à percepção do próprio estado de saúde e à percepção do suporte social materno e do companheiro;
- das 24 questões, sob forma de escala de Likert, da “Escala de Ligação Materno-Fetal” (Mendes, 2002) para a determinação da ligação materno-fetal;
- de 1 questionário de frequência alimentar com 48 itens, elaborado pela investigadora com base no “Questionário de Frequência Alimentar” utilizado pelo Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2005);
- e de mais 17 perguntas relativas aos hábitos alimentares, consumo de álcool e tabaco, ocorrência de sintomas relacionados com a gravidez e prática regular de actividade física.

### **3.6.2.3. Instrumento de colheita de dados para o grupo de comparação do sub-estudo 1 (Anexo 3)**

O instrumento de colheita de dados para o grupo de comparação do sub-estudo 1 consistiu:

- de uma folha de rosto com uma breve explicação do conteúdo da investigação com vistas à obtenção do consentimento informado por parte de cada uma das participantes;
- de uma pequena introdução com 4 questões de natureza demográfica e obstétrica;
- de todas as 29 questões, sob forma de diferencial semântico de sete valores, do “Questionário Orientação para Viver” (Saboga Nunes, 1999) para a determinação do sentido de coerência;
- de uma questão, ainda em diferencial semântico de sete valores, referente à percepção do próprio estado de saúde;
- de mais uma pergunta de natureza obstétrica e mais 8 perguntas de natureza sócioeconómica.

### **3.6.3. PRÉ-TESTE**

Segundo Carmo e Ferreira (1998, p. 145), quando uma primeira versão do questionário fica redigida é necessário garantir a sua aplicabilidade no terreno e avaliar se está de acordo com os objectivos da investigação, o que inclui a compreensão e a apreciação por parte dos inquiridos, a cobertura de todas as respostas possíveis para as questões fechadas, o ambiente no qual deve ser aplicado, a falta ou excesso de perguntas, entre outros aspectos, e é designado por pré-teste.

Foi feito o pré-teste de uma primeira versão do instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 1ª fase da gravidez com uma única mulher, por ocasião da consulta de Saúde Materna do Centro de Saúde de Carnaxide extensão Linda-a-Velha, o que bastou para a investigadora constatar que o questionário estava demasiado longo e aborrecido. Procedeu-se uma reavaliação da relevância e do formato das perguntas relacionadas com os estilos de vida, uma vez que, tanto o “Questionário Orientação para

Viver”, quanto a “Escala de Ligação Materno-Fetal”, partes integrantes do instrumento testado, foram validados em sua versão original e possuem formatos definidos e adaptados para a cultura e a língua portuguesa. Optou-se pela adopção de um formato mais compacto para algumas perguntas relativas à alimentação, que tomaram a forma de um questionário de frequência alimentar, e pela retirada de algumas perguntas relativas ao conhecimento das participantes acerca dos hábitos alimentares, prática de actividade física e consumo de álcool, tabaco e cafeína durante a gravidez.

A segunda versão do instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 1ª fase da gravidez foi testada com sucesso em uma amostra de 5 mulheres, 3 delas por ocasião da consulta de Saúde Materna do Centro de Saúde de Oeiras e 2 por ocasião da consulta de Saúde Materna do Centro de Saúde de Carnaxide extensão Linda-a-Velha.

O pré-teste do instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 2ª fase da gravidez foi realizado, com sucesso, por estas mesmas 5 mulheres e a participante no pré-teste da primeira versão do instrumento.

O instrumento de colheita de dados do grupo de comparação do sub-estudo 1 não foi pré-testado por se tratar de um questionário com algumas das perguntas do questionário para o grupo de mulheres grávidas na 1ª fase do estudo, não havendo motivos para insucessos.

### 3.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

- Foi solicitada, via e-mail, à Dr.<sup>a</sup> Mecca Cranley, a autorização para a utilização da “*Maternal-Fetal Attachment Scale*” (Cranley, 1981), com obtenção de resposta positiva por parte da autora (**Anexo 4**);
- Foi solicitada, via e-mail, à Dr.<sup>a</sup> Isabel Mendes, a autorização para a utilização da “Escala de Ligação Materno-Fetal” (Mendes, 2002), com obtenção de resposta positiva por parte da autora (**Anexo 5**);
- Foram entregues aos directores dos Centros de Saúde de Oeiras, Carnaxide extensão Linda-a-Velha, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável, através dos respectivos profissionais que participavam nas reuniões da Unidade Coordenadora Funcional da área de abrangência do Hospital de São Francisco



Xavier, uma carta de intenções contendo informações acerca da investigação e a solicitação de autorização para a realização do processo de colheita de dados nos Serviços de Saúde Materna daqueles centros de saúde (**Anexo 6**);

- Foi obtida, por parte dos directores dos Centros de Saúde de Oeiras, Carnaxide extensão Linda-a-Velha e Alcântara, uma autorização escrita, ou uma assinatura de consentimento em uma cópia da carta de intenções, para a realização do processo de colheita de dados nos Serviços de Saúde Materna daqueles centros de saúde (**Anexos 7 e 8**)<sup>17</sup>;
- Apesar de ter sido verbalmente aceite, por parte da Directora, a realização da colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Ajuda, optou-se por não realizar tal processo naquele Centro de Saúde devido às dificuldades relativas ao tempo e à deslocação. Sendo assim, foi escrita e enviada em remessa registada, para a Directora do Centro de Saúde de Ajuda, uma carta de agradecimento e cancelamento das referidas intenções (**Anexo 9**);
- Foi solicitada, à Directora do Centro de Saúde de Oeiras, uma autorização para o prolongamento do período de colheita de dados até 30 de Setembro de 2005, através de uma carta entregue em mãos. Autorização que foi concedida através de uma assinatura de consentimento em uma cópia da referida carta (**Anexo 10**);
- Foram entregues, aos directores dos Centros de Saúde de Oeiras e de Carnaxide, através dos respectivos profissionais que participavam das reuniões da Unidade Coordenadora Funcional da área de abrangência do Hospital de São Francisco Xavier, as respectivas cartas de agradecimento pela realização do processo de colheita de dados nos Serviços de Saúde Materna daqueles centros de saúde (**Anexo 11**);
- Foi entregue, à Directora do Centro de Saúde de Alcântara, através da profissional que participava nas reuniões da Unidade Coordenadora Funcional da área de abrangência do Hospital de São Francisco Xavier, uma carta de agradecimento pela autorização da realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna daquele Centro de Saúde que abrangeu uma explicação pela não concretização de nenhum processo por parte da investigadora por dificuldades relativas ao tempo e à deslocação (**Anexo 12**);

---

<sup>17</sup> O documento referente ao Centro de Saúde de Oeiras foi extraviado.

- Foi obtido o consentimento informado dos participantes no estudo através da leitura das informações acerca da investigação na folha de rosto do questionário e a opção pelo preenchimento ou não do mesmo (**Anexos 1, 2 e 3**);
- Embora os questionários relativos à 1ª e à 2ª fase da gravidez não fossem anónimos, foram garantidas aos participantes a confidencialidade dos dados fornecidos e a utilização dos mesmos somente para fins desta investigação.

### **3.8. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS**

A estatística descritiva centra-se no estudo de características não uniformes das unidades observadas ou experimentadas. Utiliza-se para descrever os dados através de indicadores como a média, a moda e o desvio padrão. Através da estatística descritiva é feito um retrato da amostra com relação às variáveis estipuladas para o estudo. No entanto, somente a estatística indutiva permite, com base nos elementos observados ou experimentados, tirar conclusões para um domínio mais vasto de onde esses elementos provieram. As inferências, que requerem o conhecimento das probabilidades, são feitas através de intervalos de confiança e de testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos, aplicados a amostras aleatórias (Gageiro; Pestana, 2003, p. 41)

O Quarto Capítulo apresenta a amostra através da estatística descritiva (frequências, percentagens, valores mínimos e máximos, médias e desvio padrão) de cada uma das variáveis estabelecidas para este estudo. No que concerne à estatística indutiva, ainda que o processo não aleatório de selecção da amostra não permita inferências estatísticas à população ou universo desta investigação, foram aplicados testes estatísticos que permitiram confirmar ou não confirmar as hipóteses de existência estatisticamente significativa de associações entre as diversas variáveis neste grupo amostral. Para tal, foi utilizado o *Software SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*, versão 13.0, para *Windows*.

A consistência interna de cada uma das escalas utilizadas para a determinação das variáveis sentido de coerência e ligação materno-fetal, isto é, a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos e não da falta de consistência do inquérito (Gageiro; Pestana, 2003, p.542), foram verificadas através do coeficiente *alpha de Cronbach*, também utilizado pelos autores das escalas e outros

investigadores, conforme pode ser observado na revisão da literatura. O coeficiente *alpha de Cronbach* varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna da escala: muito boa quando o *alpha* encontrado é superior a 0,9; boa, quando está entre 0,8 e 0,9; razoável, quando está entre 0,7 e 0,8; fraca, quando está entre 0,6 e 0,7; e inadmissível quando o *alpha* encontrado é inferior a 0,6 (Gageiro; Pestana, 2003, p.542).

A escolha dos testes estatísticos adequados para cada uma das hipóteses foi feita com base nos tipos de variáveis (qualitativas ou quantitativas) e escalas ou níveis de medida das mesmas (nominal, ordinal, intervalo ou rácio) e a opção por testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos se deu conforme a verificação ou não dos pressupostos amostrais necessários para a utilização dos testes paramétricos, conforme pode ser observado a seguir no Quarto Capítulo.

Em todos os casos foi adoptado o nível de significância estatística de 0,05 para a confirmação ou não das hipóteses referentes ao grupo de mulheres participantes no estudo.

## QUARTO CAPÍTULO

### 4. RESULTADOS

#### 4.1. ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Neste item será feito um retrato da amostra de mulheres grávidas e do grupo de comparação de mulheres não grávidas, quando for o caso, no que respeita às variáveis de caracterização sócio-demográficas e obstétricas e às principais variáveis dependentes deste estudo: o sentido de coerência, a ligação materno-fetal e as variáveis representantes dos estilos de vida das mulheres grávidas. Os dados apresentados a seguir permitirão, muitas vezes, antecipar algumas conclusões acerca dos testes das hipóteses deste estudo.

##### 4.1.1. Caracterização sócio-demográfica do grupo de comparação de mulheres não grávidas do sub-estudo 1 e da amostra de mulheres grávidas dos sub-estudos 1 e 2 em ambos os momentos de colheita de dados

O Quadro 7 apresenta a comparação esquemática dos três grupos de mulheres estudados no que respeita à caracterização sócio-demográfica dos mesmos.

**Quadro 7. Caracterização sócio-demográfica do grupo de comparação de mulheres não grávidas e da amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (1ª parte)**

GRUPO DE COMPARAÇÃO / AMOSTRA	Grupo de comparação de mulheres não grávidas (n=61)		Grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)		Grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	
CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS	n	%	n	%	n	%
NACIONALIDADE						
Portuguesa	47	77%	47	77%	30	73,2%
Estrangeira	14	23%	14	23%	11	26,8%
FAIXA ETÁRIA						
Até 24 anos de idade	15	24,6%	15	24,6%	10	24,4%
25 ou mais anos de idade	46	75,4%	46	75,4%	31	75,6%
IDADE						
Grupo de comparação de mulheres não grávidas (n=61)						
Mínima: 17 anos	Máxima: 44 anos		Média: 28,8 anos		Desvio padrão: 6,6	
Grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)						
Mínima: 15 anos	Máxima: 39 anos		Média: 27,57 anos		Desvio padrão: 5,821	
Grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)						
Mínima: 15 anos	Máxima: 36 anos		Média: 26,88 anos		Desvio padrão: 5,288	

**Quadro 7. Caracterização sócio-demográfica do grupo de comparação de mulheres não grávidas e da amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (2ª parte)**

GRUPO DE COMPARAÇÃO / AMOSTRA	Grupo de comparação de mulheres não grávidas (n=61)		Grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)		Grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	
	n	%	n	%	n	%
<b>CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS</b>						
<b>ESCOLARIDADE</b>						
Menos do que o 12º ano completo	31	50,8%	31	50,8%	22	53,6%
Até ao 12º ano completo	19	31,2%	19	31,2%	9	22%
Superior completo	11	18%	11	18%	10	24,4%
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Solteira, separada ou divorciada <sup>18</sup>	31	50,8%	19	31,1%	12	29,3%
Casada ou a viver maritalmente	30	49,2%	42	68,9%	29	70,7%
<b>ESCALÃO DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR</b>						
Menos de €1000,00 / mês	29	47,5%	28	45,9%	20	48,8%
Entre €1000,00 e €1999,99 / mês	22	36,1%	16	26,2%	10	24,4%
€2000,00 ou mais / mês	6	9,8%	7	11,5%	4	9,7%
Não responderam	4	6,6%	10	16,4%	7	17,1%

#### Grupo de comparação de mulheres não grávidas

Conforme pode ser observado no Quadro 7, o grupo de comparação do sub-estudo<sup>1</sup>, composto por 61 mulheres não grávidas, foi constituído, predominantemente, por portuguesas, 77%, em comparação com os restantes 23% de mulheres estrangeiras. As idades destas mulheres variaram entre os 17 e os 44 anos, com uma média de 28,8 anos e desvio padrão de 6,6, sendo a faixa etária mais representativa a de 25 anos ou mais, 75,4%, em comparação com os restantes 24,6% de mulheres com 24 anos ou menos. Relativamente à escolaridade, pouco mais da metade destas mulheres, 50,8%, não possuía até ao 12º ano completo, 31,1% possuía até ao 12º ano completo e 18% possuía um nível superior completo. Quase metade delas, 49,2%, era casada ou vivia com um companheiro, sendo que 50,8% delas eram solteiras, separadas ou divorciadas. Quanto ao rendimento familiar, 47,5% do grupo encontrava-se num escalão de rendimento mensal familiar inferior a €1000,00, enquanto que 36,1% encontrava-se num escalão de rendimento mensal familiar entre os €1000,00 e os €1999,99 e 9,8% num escalão de rendimento mensal familiar igual ou superior a €2000,00, sendo que 6,6% do grupo não respondeu à pergunta referente à esta variável, por ocasião da colheita de dados.

<sup>18</sup> Nenhuma mulher grávida na amostra estudada relatou ser viúva.

### Amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez

Ainda com relação ao Quadro 7, a amostra de 61 mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, foi constituída predominantemente por portuguesas, 77%, em comparação com os restantes 23% de mulheres estrangeiras. As idades destas mulheres variaram entre os 15 e os 39 anos, com uma média de 27,57 anos e desvio padrão de 5,821, sendo a faixa etária mais representativa a de 25 anos ou mais, 75,4%, em comparação com os restantes 24,6% de mulheres com 24 anos ou menos. Relativamente à escolaridade, mais da metade destas mulheres, 50,8%, não possuía até ao 12º ano completo, 31,1% possuía até ao 12º ano completo e 18% possuía um nível superior completo. A maioria delas, 68,9%, era casada ou vivia com um companheiro e 31,1% delas eram solteiras, separadas ou divorciadas. Quanto ao rendimento familiar, 45,9% da amostra encontrava-se num escalão de rendimento mensal familiar inferior a €1000,00, enquanto que 26,2% encontrava-se num escalão de rendimento mensal familiar entre os €1000,00 e os €1999,99 e 11,5% num escalão de rendimento mensal familiar igual ou superior a €2000,00, sendo que 16,4% da amostra não respondeu à pergunta referente à esta variável por ocasião da colheita de dados.

### Amostra de mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez

Por fim, a amostra das 41 mulheres grávidas que permaneceram no estudo no segundo momento de colheita de dados, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, manteve-se constituída predominantemente por portuguesas, 73,2%, em comparação com os restantes 26,8% de mulheres estrangeiras. As idades destas mulheres variaram entre os 15 e os 36 anos, com uma média de 26,88 anos e desvio padrão de 5,288, permanecendo a faixa etária mais representativa a de 25 anos ou mais, 75,6%, em comparação com os restantes 24,4% de mulheres com 24 anos ou menos. Relativamente à escolaridade, mais da metade destas mulheres, 53,6%, não possuía até ao 12º ano completo, 22% possuía até ao 12º ano completo e 24,4% possuía um nível superior completo. A maioria delas, 70,7%, era casada ou vivia com um companheiro e 29,3% delas eram solteiras, separadas ou divorciadas. Quanto ao rendimento familiar, 48,8% da amostra encontrava-se num escalão de rendimento mensal familiar inferior a €1000,00, enquanto que 24,4% encontrava-se num escalão de rendimento mensal familiar entre os €1000,00 e os €1999,99 e 9,7% num escalão de rendimento mensal familiar igual ou superior a

€2000,00, sendo que 17,1% da amostra não respondeu à pergunta referente à esta variável por ocasião da colheita de dados. Conforme observa-se também no Quadro 7.

#### 4.1.2. Caracterização do grupo de comparação de mulheres não grávidas do sub-estudo 1 e da amostra de mulheres grávidas dos sub-estudos 1 e 2 em ambos os momentos de colheita de dados relativamente à paridade e à história obstétrica

O Quadro 8 apresenta a comparação esquemática dos três grupos de mulheres estudados no que respeita à paridade e à história obstétrica das mesmas.

**Quadro 8. Paridade e história obstétrica do grupo de comparação de mulheres não grávidas e da amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

GRUPO DE COMPARAÇÃO / AMOSTRA	Grupo de comparação de mulheres não grávidas (n=61)		Grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)		Grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	
	n	%	n	%	n	%
<b>CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS</b>						
<b>PARIDADE</b>						
Nulípara	32	52,5%	34	55,7%	24	58,5%
Primípara ou Multípara	29	47,5%	27	44,3%	17	41,5%
<b>HISTÓRICO DE ABORTO, MALFORMAÇÃO CONGÊNITA OU GRAVIDEZ ECTÓPICA</b>						
Não	45	73,8%	41	67,2%	29	70,7%
Sim	15	24,6%	20	32,8%	12	29,3%
Não responde	1	1,6%	0	0%	0	0%

#### Grupo de comparação de mulheres não grávidas

No que concerne ao grupo de comparação do sub-estudo 1, conforme pode ser observado no Quadro 8, 52,5% das 61 mulheres não grávidas eram nulíparas, ou seja, não tiveram nenhum filho natural, e 47,5% eram primíparas ou multíparas, ou seja, tiveram um ou mais filhos naturais. Quanto à história obstétrica destas, uma única mulher, 1,6% do grupo, não quis responder à pergunta relativa a ocorrência passada de aborto, enquanto que 73,8% das inquiridas responderam negativamente à esta pergunta e as restantes 24,6% responderam positivamente à esta pergunta.

#### Amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez

Também no Quadro 8 pode-se observar que, na amostra de 61 mulheres grávidas até à 15ª semana de gravidez, 55,7% das mulheres eram nulíparas, ou seja, não tiveram nenhum filho natural, e 44,3% delas eram primíparas ou multíparas, ou seja, tiveram um

ou mais filhos naturais. Relativamente à história obstétrica destas mulheres, 67,2% delas nunca havia sofrido a ocorrência de um aborto, malformação congénita ou gravidez ectópica e 32,8% já havia sofrido algum destes tipos de ocorrência.

#### Amostra de mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez

Por fim, o Quadro 8 demonstra que, na amostra das 41 mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, que permaneceram no estudo, 58,5% das mulheres eram nulíparas, ou seja, não tiveram nenhum filho natural, e 41,5% delas eram primíparas ou múltiparas, ou seja, tiveram um ou mais filhos naturais. Relativamente à história obstétrica destas mulheres, 70,7% delas nunca havia sofrido a ocorrência de um aborto, malformação congénita ou gravidez ectópica e 29,3% já havia sofrido algum destes tipos de ocorrência.

#### **4.1.3. Sentido de coerência do grupo de comparação de mulheres não grávidas do sub-estudo 1 e da amostra de mulheres grávidas dos sub-estudos 1 e 2 em ambos os momentos de colheita de dados**

O Quadro 9 apresenta a comparação esquemática dos três grupos de mulheres estudados no que respeita ao sentido de coerência das mesmas.

**Quadro 9. Sentido de coerência do grupo de comparação de mulheres não grávidas e da amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

GRUPO DE COMPARAÇÃO / AMOSTRA	SENTIDO DE COERÊNCIA			
	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Desvio padrão
Grupo de comparação de mulheres não grávidas (n=61)	81	176	137,11	21,197
Grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)	93	178	137,05	19,568
Grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	98	173	135,59	19,524

#### Grupo de comparação de mulheres não grávidas

Relativamente ao sentido de coerência, cujo *score* pode variar entre 29 e 203, foram encontrados, para o grupo de comparação de 61 mulheres não grávidas do sub-estudo1, um valor mínimo de 81, um valor máximo de 176, um valor médio de 137,11 e um valor de desvio padrão de 21,197, conforme observa-se no Quadro 9.



### Amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez

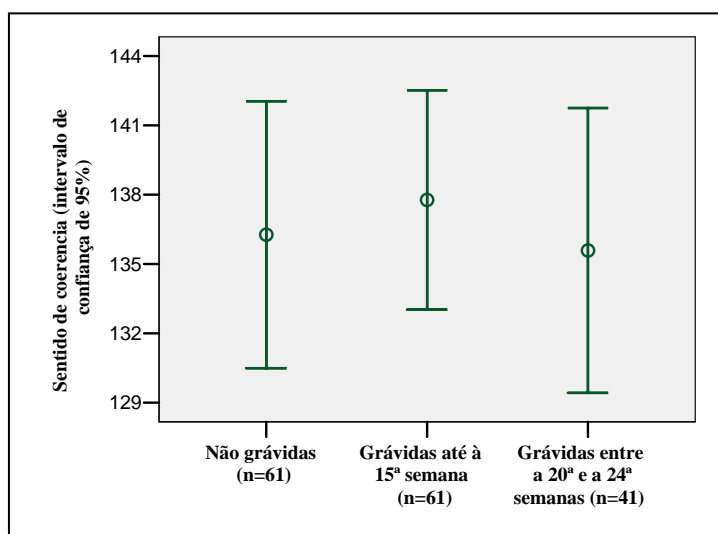
Para amostra de 61 mulheres grávidas no momento 1 da colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez, foram encontrados para o sentido de coerência, cujo *score* pode variar entre 29 e 203, um valor mínimo de 93, um valor máximo de 178, um valor médio de 137,05 e um valor de desvio padrão de 19,568, conforme pode ser também observado no Quadro 9.

### Amostra de mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez

Por fim, ainda em relação ao Quadro 9, dentre a amostra de 61 mulheres grávidas, para as 41 que participaram no momento 2 de colheita de dados do sub-estudo 2, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, foram encontrados para o sentido de coerência, cujo *score* pode variar entre 29 e 203, um valor mínimo de 98, um valor máximo de 173, um valor médio de 135,59 e um valor de desvio padrão de 19,524.

O Gráfico 1 permite uma observação esquemática mais clara da comparação dos valores médios de sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para o grupo de comparação do sub-estudo 1 e para a amostra de mulheres grávidas nos dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Gráfico 1. Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para a amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, e para o grupo de comparação**



#### 4.1.4. Ligação materno-fetal da amostra de mulheres grávidas do sub-estudo 2

Dentre a amostra de 61 mulheres grávidas, para as 41 que participaram no 2º momento de colheita de dados do sub-estudo 2, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, foram encontrados, para a ligação materno-fetal, cujo *score* pode variar entre 1 e 5, um valor mínimo de 3,1, um valor máximo de 4,8, um valor médio de 3,8593 e um valor de desvio padrão de 0,3697.

#### 4.1.5. Variáveis representantes dos estilos de vida da amostra de mulheres grávidas do sub-estudo 2

##### Momento 1 de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez

O Quadro 10 apresenta, de forma esquemática, a caracterização da amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, relativamente às variáveis representantes dos estilos de vida.

**Quadro 10. Caracterização da amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, relativamente às variáveis representantes dos estilos de vida**

CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
<b>CATEGORIA DE CONSUMO DIÁRIO DE CAFEÍNA (n=61)</b>		
≤ 150 mg / dia	44	72,1%
> 150 mg / dia	17	27,9%
<b>CONSUMO DIÁRIO DE CAFEÍNA (n=61)</b>		
Mínimo: 0 mg	Máximo: 321,74 mg	Médio: 104,26 mg
Desvio padrão: 91,033		
<b>CATEGORIA DE CONSUMO DE ÁLCOOL (n=61)</b>		
Não	57	93,4%
Sim	4	6,6%
<b>CATEGORIA DE CONSUMO DE TABACO (n=61)</b>		
Não	47	77%
Sim	14	23%
<b>PRÁTICA REGULAR DE ACTIVIDADE FÍSICA (n=60) Obs. 1 mulher com respostas inconsistentes eliminada</b>		
Comportamento adequado	9	15%
Comportamento razoável	3	5%
Comportamento não adequado	48	80%
<b>GANHO DE PESO NO MOMENTO 1 (n=61)</b>		
Saudável	18	29,5%
De risco	43	70,5%
<b>HÁBITOS ALIMENTARES (n=57) Obs. 4 mulheres com respostas inconsistentes eliminadas</b>		
Mínimo: 3 pontos	Máximo: 10 pontos	Médio: 6,79 pontos
Desvio padrão: 1,887		

A partir do Quadro 10 é possível constatar que, dentre as 61 mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, que compunham a amostra do sub-estudo 2 no primeiro momento de colheita de dados:

- a grande maioria, 72,1%, referiu um consumo de 150 mg ou menos de cafeína por dia nas duas semanas anteriores à data da colheita de dados e 27,9% delas referiram um consumo de mais de 150 mg de cafeína por dia para este mesmo período de referência. O valor mínimo de consumo de cafeína referido para este período, por este grupo, foi de 0 mg, o máximo de 321,74 mg e o médio de 104, 26 mg, com um desvio padrão de 91,033;
- a grande maioria, 93,4%, referiu não ter consumido bebidas alcoólicas nas duas semanas anteriores à data da colheita de dados e apenas 6,6% delas referiram ter consumido bebidas alcoólicas neste mesmo período de referência;
- a grande maioria, 77%, referiu não ter consumido cigarros nas duas semanas anteriores à data da colheita de dados e 23% delas referiram ter consumido cigarros neste mesmo período de referência;
- das 60 que responderam às perguntas de referência de forma consistente, apenas 15% delas referiram um comportamento adequado no que respeita à prática regular de actividade física nas duas semanas anteriores à data da colheita de dados, 5% delas referiram um comportamento razoável, ou seja, a prática de, pelo menos, 30 minutos de actividade física 2 a 3 vezes por semana, e a grande maioria delas, 80%, referiu um comportamento não adequado no que respeita à prática regular de actividade física nas duas semanas anteriores à data da colheita de dados;
- foram encontrados, para as 57 mulheres que responderam às perguntas de referência de forma consistente, num total de 14 pontos possíveis referentes a adequação ou não de cada um dos 14 itens representantes dos hábitos alimentares para o período das duas semanas anteriores à colheita de dados, um valor mínimo de 3 pontos, um valor máximo de 10 pontos e um valor médio de 6,79 pontos, com desvio padrão de 1,887;

- apenas 29,5% delas apresentaram um ganho de peso saudável para aquela etapa da gravidez e a grande maioria, 70,5%, apresentou um ganho de peso de risco para a mesma etapa.

Os gráficos 2 a 7 permitem a melhor visualização da distribuição das 6 variáveis representantes dos estilos de vida para a amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez.

Gráfico 2. Consumo diário de cafeína por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)

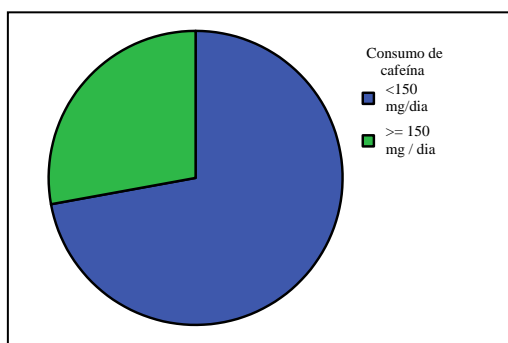


Gráfico 3. Consumo de álcool por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)

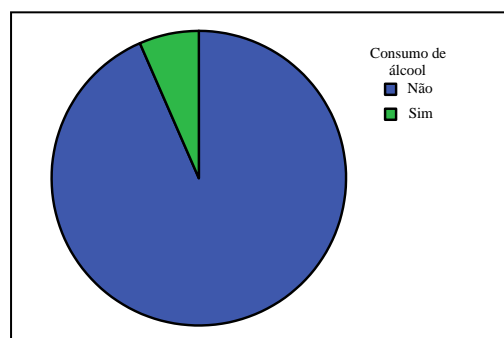


Gráfico 4. Consumo de cigarros por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)

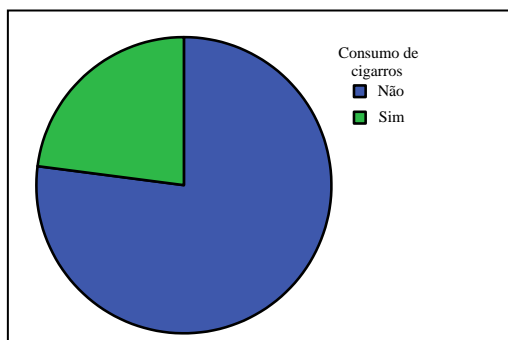


Gráfico 5. Prática de actividade física por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=60)

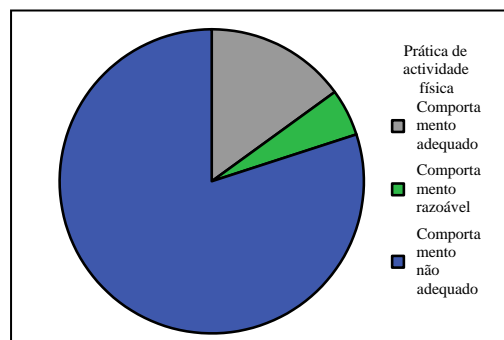


Gráfico 6. Hábitos alimentares por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=57)

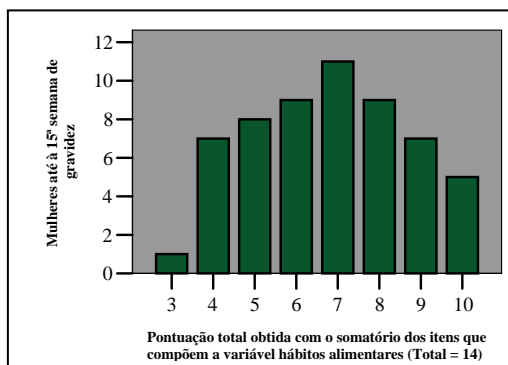
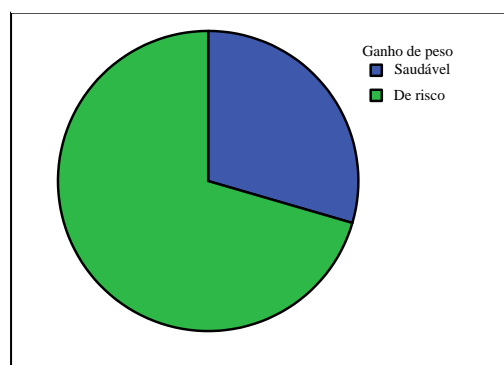


Gráfico 7. Adequação do ganho de peso gestacional por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)



## Momento 2 de colheita de dados, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez

Ainda em relação aos estilos de vida, o Quadro 11 apresenta, de forma esquemática, a caracterização da amostra de mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Quadro 11. Caracterização da amostra de mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, relativamente às variáveis representantes dos estilos de vida**

CATEGORIAS DAS VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA	PERCENTAGEM
<b>CATEGORIA DE CONSUMO DIÁRIO DE CAFEÍNA (n=41)</b>		
≤ 150 mg / dia	34	82,9%
> 150 mg / dia	7	17,1%
<b>CONSUMO DIÁRIO DE CAFEÍNA (n=41)</b>		
Mínimo: 0 mg	Máximo: 222,36 mg	Médio: 72,64 mg
Desvio padrão: 71,867		
<b>CATEGORIA DE CONSUMO DE ÁLCOOL (n=41)</b>		
Não	37	90,2%
Sim	4	9,8%
<b>CATEGORIA DE CONSUMO DE TABACO (n=41)</b>		
Não	32	78,1%
Sim	9	21,9%
<b>PRÁTICA DE ACTIVIDADE FÍSICA (n=40) Obs. 1 mulher com respostas inconsistentes eliminada</b>		
Comportamento adequado	7	17,5%
Comportamento razoável	4	10%
Comportamento não adequado	29	72,5%
<b>GANHO DE PESO NO MOMENTO 2 (n=40) Obs. 1 mulher com dados inconsistentes eliminada</b>		
Saudável	25	62,5%
De risco	15	37,5%
<b>HÁBITOS ALIMENTARES (n=36) Obs: 5 mulheres com respostas inconsistentes eliminadas</b>		
Mínimo: 4 pontos	Máximo: 11 pontos	Médio: 7,42 pontos
Desvio padrão: 2,034		

Conforme observa-se no Quadro 11, dentre as 41 mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, que compunham a amostra do sub-estudo 2 no segundo momento de colheita de dados:

- a grande maioria, 82,9%, referiu um consumo de 150 mg ou menos de cafeína por dia nas duas semanas anteriores à data da colheita de dados e 17,1% delas referiram um consumo de mais de 150 mg de cafeína por dia para este mesmo período de referência. O valor mínimo de consumo de cafeína referido para este período, neste grupo, foi de 0 mg, o máximo de 222,36 mg e o médio de 72,64 mg, com um desvio padrão de 71,867;

- a grande maioria, 90,2%, referiu não ter consumido bebidas alcoólicas nas duas semanas anteriores à data da colheita de dados e apenas 9,8% delas referiram ter consumido bebidas alcoólicas neste mesmo período de referência;
- a grande maioria, 78,1%, referiu não ter consumido cigarros nas duas semanas anteriores à data da colheita de dados e 21,9% delas referiram ter consumido cigarros neste mesmo período de referência;
- das 40 que responderam às perguntas de referência de forma consistente, apenas 17,5% delas referiram um comportamento adequado no que respeita à prática regular de actividade física nas duas semanas anteriores à data da colheita de dados, 10% delas referiram um comportamento razoável, ou seja, a prática de pelo menos 30 minutos de actividade física 2 a 3 vezes por semana, e a grande maioria, novamente, 72,5%, referiu um comportamento não adequado no que respeita à prática regular de actividade física nas duas semanas anteriores à data da colheita de dados;
- foram encontrados, para as 36 mulheres que responderam às perguntas de referência de forma consistente, para o total de 14 pontos possíveis referentes a adequação ou não de cada um dos 14 itens representantes dos hábitos alimentares para o período das duas semanas anteriores à colheita de dados, um valor mínimo de 4 pontos, um valor máximo de 11 pontos e um valor médio de 7,42 pontos, com desvio padrão de 2,034;
- das 40 cujos dados de referência eram consistentes, a maioria delas, 61%, apresentou um ganho de peso saudável para aquela etapa da gravidez e 36,6% delas apresentaram um ganho de peso de risco para aquela etapa da gravidez.

Os gráficos 8 a 13 permitem a melhor visualização da distribuição das 6 variáveis representantes dos estilos de vida das mulheres, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

Gráfico 8. Consumo diário de cafeína por parte das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)

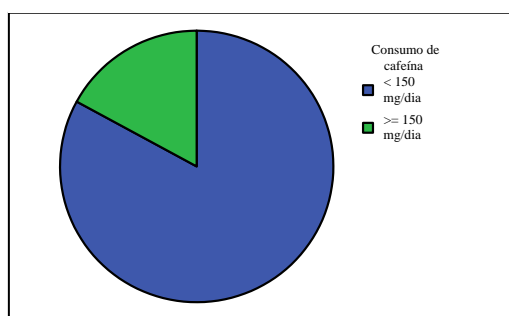


Gráfico 9. Consumo de álcool por parte das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)

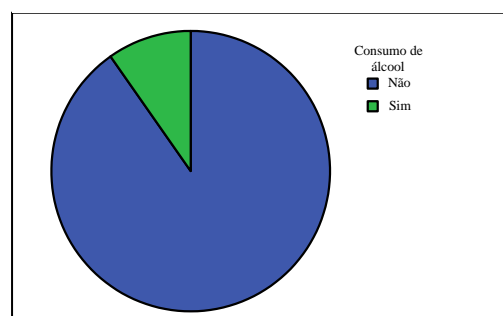


Gráfico 10. Consumo de cigarros por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)

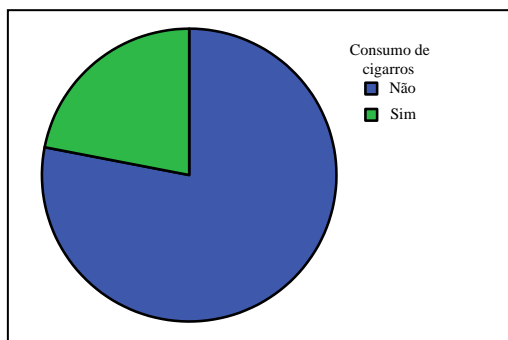


Gráfico 11. Prática de actividade física por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=40)

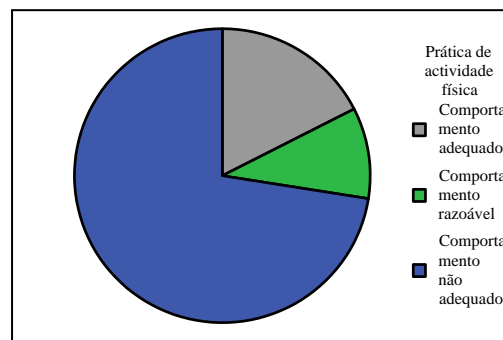


Gráfico 12. Hábitos alimentares por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=36)

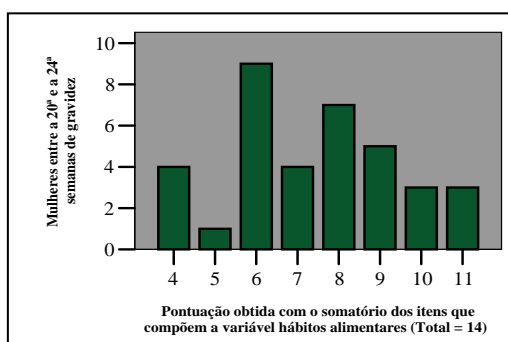
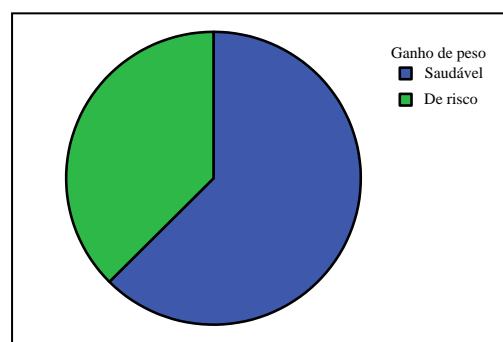


Gráfico 13. Adequação do ganho de peso gestacional por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=40)



## 4.2. ESTATÍSTICA APLICADA ÀS HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A apresentação da estatística indutiva será feita hipótese a hipótese a fim de que se possa acompanhar, de forma mais clara, os resultados dos testes de cada uma delas.

Algumas hipóteses do sub-estudo 2 serão testadas separadamente para os dois momentos de colheita de dados, até a 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, uma vez que o tamanho da amostra não permitiu uma análise multivariada para os testes das hipóteses. Pretende-se assim, apenas reforçar os resultados dos testes.

O Quadro 12 fornece uma visão geral dos resultados dos testes das hipóteses, que serão posteriormente descritos um a um.

**Quadro 12. Resumo dos resultados encontrados para os testes estatísticos das hipóteses (1ª parte)**

Hipóteses (H) / Variáveis cuja relação foi testada	Testes utilizados após a verificação dos pressupostos	Resultados dos testes	Conclusões relativas às mulheres participantes do estudo
<b>HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 1</b>			
<b>H1</b> – SCO x GRAVIDEZ	<i>Mann-Whitney</i>	p = 0,766	SCO das mulheres não grávidas = SCO das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez
<b>H2</b> – SCO x FASE DA GRAVIDEZ	<i>T de Student</i> para amostras emparelhadas	p = 0,750	SCO das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez = SCO das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez
<b>HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 2</b>			
<b>H3</b> – SCO x FAIXA ETÁRIA das mulheres grávidas	M1 <sup>19</sup> e M2 <sup>20</sup> – <i>T de Student</i> para amostras independentes	M1 – p = 0,024 M2 – p = 0,717	<b>M1</b> – SCO das mulheres grávidas com até 24 anos < SCO das mulheres grávidas com 25 anos ou mais <b>M2</b> – SCO das mulheres grávidas com até 24 anos = SCO das mulheres grávidas com 25 anos ou mais
<b>H4</b> – SCO x NACIONALIDADE das mulheres grávidas	M1 e M2 – <i>T de Student</i> para amostras independ.	M1 – p = 0,195 M2 – p = 0,483	<b>M1 e M2</b> – SCO das mulheres grávidas portuguesas = SCO das mulheres grávidas estrangeiras
<b>H5</b> – SCO x PARIDADE das mulheres grávidas	M1 e M2 – <i>T de Student</i> para amostras independ.	M1 – p = 0,071 M2 – p = 0,186	<b>M1 e M2</b> – SCO das mulheres grávidas nulíparas = SCO das mulheres grávidas primíparas ou múltiparas
<b>H6</b> – SCO x ESTADO CIVIL das mulheres grávidas	M1 – <i>Mann-Whitney</i> M2 – <i>T de Student</i> para amostras independentes	M1 – p = 0,014 M2 – p = 0,258	<b>M1</b> – SCO das mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas < SCO das mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente <b>M2</b> – SCO das mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas = SCO das mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente
<b>H7</b> – SCO x ESCOLARIDADE das mulheres grávidas	M1 – <i>One-way ANOVA</i> M2 – <i>Kruskal-Wallis</i>	M1 – p = 0,031 M2 – p = 0,008	<b>M1</b> – SCO das mulheres grávidas com menos do que o 12º ano < SCO das mulheres grávidas com o 12º ano ou mais <b>M2</b> – SCO das mulheres grávidas com o 12º ano ou menos < SCO das mulheres grávidas com nível superior completo
<b>H8</b> – SCO x ESCALÃO DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR das mulheres grávidas	M1 – <i>One-way ANOVA</i> M2 – <i>Kruskal-Wallis</i>	M1 – p = 0,003 M2 – p = 0,420	<b>M1</b> – SCO das mulheres grávidas com rendimento familiar de menos de €2000 < SCO das mulheres grávidas com rendimento familiar de €2000 ou mais <b>M2</b> – SCO das mulheres grávidas com rendimento familiar de menos de €1000 = SCO das mulheres grávidas com rendimento familiar entre €1000 e €1999,99 = SCO das mulheres grávidas com rendimento familiar de €2000 ou mais
<b>H9</b> – SCO x HISTÓRIA OBSTÉTRICA das mulheres grávidas	M1 – <i>T de Student</i> para amostras independentes M2 – <i>Mann-Whitney</i>	M1 – p = 0,591 M2 – p = 0,966	<b>M1 e M2</b> – SCO das mulheres grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica ou malformação congénita = SCO das mulheres grávidas com história de aborto, gravidez ectópica ou malformação congénita
<b>H10</b> – SCO x PERCEÇÃO DO PRÓPRIO ESTADO DE SAÚDE por parte das mulheres grávidas	M1 e M2 – <i>Mann-Whitney</i>	M1 – p = 0,015 M2 – p = 0,042	<b>M1 e M2</b> – SCO das mulheres grávidas com percepção negativa ou média do seu estado de saúde < SCO das mulheres grávidas com percepção positiva do seu estado de saúde
<b>H11</b> – SCO x PERCEÇÃO DO SUPORTE SOCIAL DO COMPANHEIRO por parte das mulheres grávidas	M1 e M2 – <i>Ró de Spearman</i>	M1 – Ró = -0,07 e p = 0,594 M2 – Ró = -0,298 e p = 0,059	<b>M1 e M2</b> – Não foi encontrada associação linear estatisticamente significativa entre o SCO das mulheres grávidas e a percepção do suporte social do companheiro por parte das mesmas

<sup>19</sup> M1 – Momento 1 de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez.

<sup>20</sup> M2 – Momento 2 de colheita de dados, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.



**Quadro 12. Resumo dos resultados encontrados para os testes estatísticos das hipóteses (2ª parte)**

Hipóteses (H) / Variáveis cuja relação foi testada	Testes utilizados após a verificação dos pressupostos	Resultados dos testes	Conclusões relativas às mulheres participantes do estudo
<b>HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 2 (continuação)</b>			
<b>H12</b> – SCO x PERCEPÇÃO DO SUPORTE SOCIAL MATERNO por parte das mulheres grávidas	M1 e M2 – <i>Ró de Spearman</i>	M1-Ró = -0,073 e p = 0,575 M2-Ró = -0,10 e p = 0,949	<b>M1 e M2</b> – Não foi encontrada associação linear estatisticamente significativa entre o SCO das mulheres grávidas e a percepção do suporte social materno por parte das mesmas
<b>HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 3</b>			
<b>H13</b> – LMF x FAIXA ETÁRIA das mulheres grávidas	<i>T de Student</i> para amostras independentes	p = 0,593	LMF das mulheres grávidas com até 24 anos = LMF das mulheres grávidas com 25 anos ou mais
<b>H14</b> – LMF x NACIONALIDADE das mulheres grávidas	<i>T de Student</i> para amostras independentes	p = 0,919	LMF das mulheres grávidas portuguesas = LMF das mulheres grávidas estrangeiras
<b>H15</b> – LMF x PARIDADE das mulheres grávidas	<i>T de Student</i> para amostras independentes	p = 0,562	LMF das mulheres grávidas nulíparas = LMF das mulheres grávidas primíparas ou múltiparas
<b>H16</b> – LMF x ESTADO CIVIL das mulheres grávidas	<i>T de Student</i> para amostras independentes	p = 0,221	LMF das mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas = LMF das mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente
<b>H17</b> – LMF x ESCOLARIDADE das mulheres grávidas	<i>One-way ANOVA</i>	p = 0,035	LMF das mulheres grávidas com menos do que o 12º ano < LMF das mulheres grávidas com o nível superior completo
<b>H18</b> – LMF x ESCALÃO DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR das mulheres grávidas	<i>One-way ANOVA</i>	p = 0,032	LMF das mulheres grávidas com rendimento familiar de menos de €1000 < LMF das mulheres grávidas com rendimento familiar de €1000 ou mais
<b>H19</b> – LMF x HISTÓRIA OBSTÉTRICA das mulheres grávidas	<i>T de Student</i> para amostras independentes	p = 0,516	LMF das mulheres grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica ou malformação congénita = LMF das mulheres grávidas com história de aborto, gravidez ectópica ou malformação congénita
<b>H20</b> – LMF x PERCEPÇÃO DO PRÓPRIO ESTADO DE SAÚDE por parte das mulheres grávidas	<i>Ró de Spearman</i>	Ró = -0,032 e p = 0,841	Não foi encontrada associação linear estatisticamente significativa entre a LMF das mulheres grávidas e a percepção do próprio estado de saúde por parte das mesmas
<b>H21</b> – LMF x PERCEPÇÃO DO SUPORTE SOCIAL DO COMPANHEIRO por parte das mulheres grávidas	<i>Ró de Spearman</i>	Ró = 0,102 e p = 0,527	Não foi encontrada associação linear estatisticamente significativa entre a LMF das mulheres grávidas e a percepção do suporte social do companheiro por parte das mesmas
<b>H22</b> – LMF x PERCEPÇÃO DO SUPORTE SOCIAL MATERNO por parte das mulheres grávidas	<i>Ró de Spearman</i>	Ró = -0,113 e p = 0,483	Não foi encontrada associação linear estatisticamente significativa entre a LMF das mulheres grávidas e a percepção do suporte social materno por parte das mesmas
<b>HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 4</b>			
<b>H23</b> – SCO x HÁBITOS ALIMENTARES das mulheres grávidas	M1 e M2 – <i>R de Pearson</i>	M1-R = -0,019 e p = 0,886 M2-R = 0,09 e p = 0,600	<b>M1 e M2</b> – Não foi encontrada associação linear estatisticamente significativa entre o SCO das mulheres grávidas e os hábitos alimentares das mesmas
<b>H24</b> – SCO x CONSUMO DE CAFEÍNA por parte das mulheres grávidas	M1 e M2 – <i>T de Student</i> para amostras independentes	M1 – p = 0,283 M2 – p = 0,415	<b>M1 e M2</b> – SCO das mulheres grávidas com consumo diário de cafeína igual ou inferior a 150 mg = SCO das mulheres grávidas com consumo diário de cafeína superior a 150 mg

**Quadro 12. Resumo dos resultados encontrados para os testes estatísticos das hipóteses (3ª parte)**

Hipóteses (H) / Variáveis cuja relação foi testada	Testes utilizados após a verificação dos pressupostos	Resultados dos testes	Conclusões relativas às mulheres participantes do estudo
<b>HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 4 (continuação)</b>			
<b>H25</b> – SCO x CONSUMO DE ÁLCOOL por parte das mulheres grávidas	M1 e M2 – <i>T de Student</i> para amostras independentes	M1 – $p = 0,399$ M2 – $p = 0,088$	<b>M1 e M2</b> – SCO das mulheres grávidas que referiram consumo de álcool = SCO das mulheres grávidas que não referiram consumo de álcool
<b>H26</b> – SCO x CONSUMO DE TABACO por parte das mulheres grávidas	M1 e M2 – <i>T de Student</i> para amostras independentes	M1 – $p = 0,123$ M2 – $p = 0,343$	<b>M1 e M2</b> – SCO das mulheres grávidas que referiram consumo de tabaco = SCO das mulheres grávidas que não referiram consumo de tabaco
<b>H27</b> – SCO x PRÁTICA REGULAR DE ACTIVIDADE FÍSICA por parte das mulheres grávidas	M1 – <i>One-way ANOVA</i> M2 – <i>Kruskal-Wallis</i>	M1 – $p = 0,699$ M2 – $p = 0,627$	<b>M1 e M2</b> – SCO das mulheres grávidas com comportamento adequado = SCO das mulheres grávidas com comportamento razoável = SCO das mulheres grávidas com comportamento não adequando
<b>H28</b> – SCO x GANHO DE PESO GESTACIONAL das mulheres grávidas	M1 – <i>T de Student</i> para amostras independentes M2 – <i>Mann-Whitney</i>	M1 – $p = 0,639$ M2 – $p = 0,201$	<b>M1 e M2</b> – SCO das mulheres grávidas com ganho de peso saudável = SCO das mulheres grávidas com ganho de peso de risco
<b>HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 5</b>			
<b>H29</b> – LMF x HÁBITOS ALIMENTARES das mulheres grávidas	<i>R de Pearson</i>	$R = 0,323$ e $p = 0,055$	Não foi encontrada associação linear estatisticamente significativa entre a LMF das mulheres grávidas e os hábitos alimentares das mesmas
<b>H30</b> – LMF x CONSUMO DE CAFEÍNA por parte das mulheres grávidas	<i>T de Student</i> para amostras independentes	$p = 0,696$	LMF das mulheres grávidas com consumo diário de cafeína igual ou inferior a 150 mg = LMF das mulheres grávidas com consumo diário de cafeína superior a 150 mg
<b>H31</b> – LMF x CONSUMO DE ÁLCOOL por parte das mulheres grávidas	<i>T de Student</i> para amostras independentes	$p = 0,313$	LMF das mulheres grávidas que referiram consumo de álcool = LMF das mulheres grávidas que não referiram consumo de álcool
<b>H32</b> – LMF x CONSUMO DE TABACO por parte das mulheres grávidas	<i>T de Student</i> para amostras independentes	$p = 0,484$	LMF das mulheres grávidas que referiram consumo de tabaco = LMF das mulheres grávidas que não referiram consumo de tabaco
<b>H33</b> – LMF x PRÁTICA REGULAR DE ACTIVIDADE FÍSICA por parte das mulheres grávidas	<i>One-way ANOVA</i>	$p = 0,762$	LMF das mulheres grávidas com comportamento adequado = LMF das mulheres grávidas com comportamento razoável = LMF das mulheres grávidas com comportamento não adequando
<b>H34</b> – LMF x GANHO DE PESO GESTACIONAL das mulheres grávidas	<i>T de Student</i> para amostras independentes	$p = 0,350$	LMF das mulheres grávidas com ganho de peso saudável = LMF das mulheres grávidas com ganho de peso de risco
<b>HIPÓTESES REFERENTES AO OBJECTIVO 6</b>			
<b>H35</b> – SCO x LMF das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez	<i>R de Pearson</i>	$R = 0,067$ e $p = 0,6776$	Não foi encontrada associação linear estatisticamente significativa entre o SCO e a LMF das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez

**Hipótese 1** – *Os níveis de SCO das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, são maiores que os níveis de SCO das mulheres não grávidas.*

**Quadro 13. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para o grupo de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, e para o grupo de comparação de mulheres não grávidas**

GRUPO / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Não grávidas (n=61)	81	176	137,11	142	2,714
Grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)	93	178	137,05	137	2,505

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos grupos, mulheres grávidas até à 15ª semana de gravidez, e mulheres não grávidas, recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* ( $n > 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade somente para o grupo de mulheres grávidas ( $p = 0,200$  e  $p = 0,041$ , respectivamente).

Sendo assim, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* como teste da Hipótese 1 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p = 0,766$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o grupo de mulheres não grávidas e o grupo de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, no que respeita ao sentido de coerência.**

Cabe lembrar que o grupo de comparação de mulheres não grávidas foi escolhido de forma a se fazer o emparelhamento, com a amostra de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, para as variáveis nacionalidade, faixa etária e escolaridade, determinadas a partir da literatura como possíveis intervenientes. Assim sendo, não há diferença nas distribuições dos grupos, de mulheres grávidas e de mulheres não grávidas, no que respeita a estas variáveis, o que garante a não interferência independente das mesmas no teste da Hipótese 1.

**Hipótese 2 - Os níveis de SCO das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, são maiores que os níveis de SCO das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez.**

**Quadro 14. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para o grupo de mulheres grávidas nos dois momentos, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

MOMENTOS / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas, até à 15ª semana de gravidez (n=61)	93	178	137,05	137	2,505
Grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)	98	173	135,59	131	3,049

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável das diferenças do sentido de coerência nos dois momentos, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade ( $p = 0,889$ ).

Sendo assim, recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras emparelhadas como teste da Hipótese 2 (variável quantitativa auferida em dois momentos no mesmo grupo de sujeitos), tendo sido encontrado um valor de  $p = 0,750$ , o que significa que **não há diferença entre os valores médios do sentido de coerência do mesmo grupo de mulheres grávidas auferidos nos dois momentos, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

**Hipótese 3 - Os níveis de SCO variam consoante a idade das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

**Quadro 15. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com até 24 anos de idade e de mulheres grávidas com 25 anos ou mais de idade, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

FAIXA ETÁRIA / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas com 24 anos ou menos (n=15)	93	159	127,27	127	4,641
Grávidas com 25 anos ou mais (n=46)	109	178	140,24	141,50	2,827
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas com 24 anos ou menos (n=10)	112	166	133,6	128	5,309
Grávidas com 25 anos ou mais (n=31)	98	173	136,23	131	3,689

Como primeiro passo para o teste da Hipótese 3 (análise da associação entre duas variáveis quantitativas), foi feito um teste de correlação entre as variáveis sentido de

coerência e idade. Considerando-se a normalidade das referidas variáveis em ambos os momentos de colheita de dados, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* ( $n > 50$ ) para o momento 1 ( $p = 0,200$  para o sentido de coerência e  $p = 0,173$  para a idade) e através do teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para o momento 2 ( $p = 0,113$  para o sentido de coerência e  $p = 0,354$  para a idade), recorreu-se ao teste de correlação R de *Pearson*, para ambos os momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, **tendo sido encontrada, para o momento 1, uma fraca associação linear positiva estatisticamente significativa ( $R = 0,357$  e  $p = 0,005$ ) entre o sentido de coerência e a idade das mulheres grávidas e não tendo sido encontrada, para o momento 2, nenhuma associação linear estatisticamente significativa entre o sentido de coerência e a idade das mulheres grávidas ( $R = 0,159$  e  $p = 0,320$ ).**

Posteriormente, optou-se por categorizar a variável idade e dividir o grupo de mulheres grávidas em dois grupos, um com até 24 anos de idade e outro com 25 anos ou mais de idade. Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos, nos dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos em ambos os momentos ( $p = 0,453$  para o grupo de mulheres grávidas com até 24 anos de idade e  $p = 0,222$  para o grupo de mulheres grávidas com 25 anos ou mais de idade, no momento 1, e  $p = 0,397$  para o grupo mulheres grávidas com até 24 anos de idade e  $p = 0,244$  para o grupo de mulheres grávidas com 25 anos ou mais de idade, no momento 2).

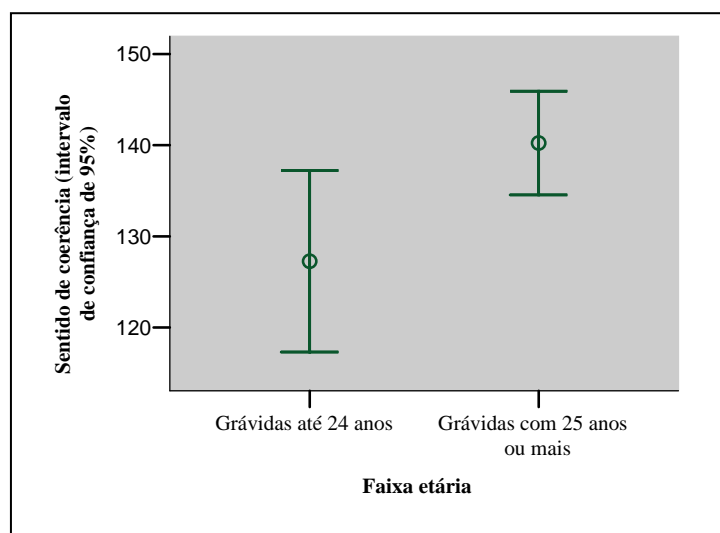
Considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) para ambos os momentos através do teste de *Levene* ( $p = 0,487$  no momento 1 e  $p = 0,345$ , no momento 2), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como segundo teste da Hipótese 3 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p = 0,024$  e, para o momento 2, um valor de  $p = 0,717$ , o que significa que:

**- para o momento 1 de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do**

sentido de coerência dos grupos de mulheres grávidas, com até 24 anos e com 25 anos ou mais (Gráfico 14), sendo que o valor médio do sentido de coerência do primeiro grupo, 127,27, foi inferior ao valor médio do sentido de coerência do segundo grupo, 140,24;

- para o momento 2 de colheita de dados, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos de mulheres grávidas, com até 24 anos e com 25 anos ou mais (133,6 e 136,23, respectivamente).

**Gráfico 14.** Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, com até 24 anos de idade e de mulheres grávidas com 25 anos ou mais de idade, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez (n=61)



**Hipótese 4** - Há diferença entre os níveis de SCO das mulheres grávidas portuguesas e das mulheres grávidas estrangeiras, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Quadro 16.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas portuguesas e de mulheres grávidas estrangeiras, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez

NACIONALIDADE / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas portuguesas (n=47)	93	178	138,83	139	2,899
Grávidas estrangeiras (n=14)	109	158	131,97	127,50	4,778
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas portuguesas (n=30)	98	173	136,9	133,5	3,843
Grávidas estrangeiras (n=11)	113	161	132	130	4,480

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos, de mulheres grávidas portuguesas e de mulheres grávidas estrangeiras, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos em ambos os momentos ( $p=0,635$  para o grupo de mulheres grávidas portuguesas e  $p=0,103$  para o grupo de mulheres grávidas estrangeiras, no momento 1, e  $p=0,277$  para o grupo mulheres grávidas portuguesas e  $p=0,219$  para o grupo de mulheres grávidas estrangeiras, no momento2).

Considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) para os dois momentos através do teste de *Levene* ( $p=0,730$  no momento 1 e  $p=0,071$  no momento 2), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 4 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), para ambos os momentos, tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p=0,195$  e, para momento 2, um valor de  $p=0,483$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos, de mulheres grávidas portuguesas e de mulheres grávidas estrangeiras, em ambos os momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

**Hipótese 5** - Há diferença entre os níveis de SCO das mulheres grávidas nulíparas e das mulheres grávidas primíparas ou múltiparas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Quadro 17. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas nulíparas e de mulheres grávidas primíparas ou múltiparas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

PARIDADE / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas nulíparas (n=34)	109	172	133,03	130	3,013
Grávidas primíparas ou múltiparas (n=27)	93	178	142,11	146	4,055
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas nulíparas (n=24)	98	169	132,17	128	3,532
Grávidas primíparas ou múltiparas (n=17)	107	173	140,41	137	5,316

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos, de mulheres grávidas nulíparas e de mulheres grávidas primíparas ou

multíparas, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos em ambos os momentos ( $p = 0,063$  para o grupo de mulheres grávidas nulíparas e  $p = 0,320$  para o grupo de mulheres grávidas primíparas ou múltíparas, no momento 1, e  $p = 0,419$  para o grupo mulheres grávidas nulíparas e  $p = 0,166$  para o grupo de mulheres grávidas primíparas ou múltíparas, no momento 2).

Considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) para ambos os momentos através do teste de *Levene* ( $p = 0,290$  no momento 1 e  $p = 0,176$  no momento 2), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 5 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), para ambos os momentos, tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p = 0,071$  e, para o momento 2, um valor de  $p = 0,186$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos, de mulheres grávidas nulíparas e de mulheres grávidas primíparas ou múltíparas, em ambos os momentos de colheita de dados.**

**Hipótese 6** - Há diferença entre os níveis de SCO das mulheres grávidas solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas e das mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Quadro 18. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

ESTADO CIVIL / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas solteiras, separadas ou divorciadas (n=19)	109	172	128,32	123	3,884
Grávidas casadas ou a viverem maritalmente (n=42)	93	178	141	142,5	3,021
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas solteiras, separadas ou divorciadas (n=12)	98	166	130,17	128	5,324
Grávidas casadas ou a viverem maritalmente (n=29)	107	173	137,83	131	3,682

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos, de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem em maritalmente, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e



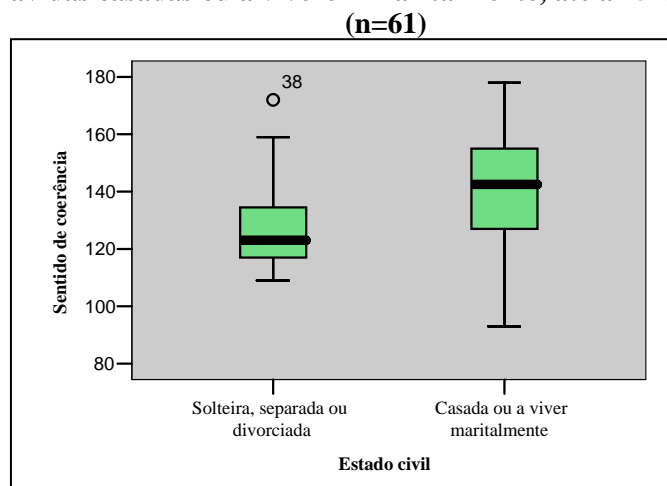
entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da variável pelos grupos somente para o momento 2 ( $p=0,033$  para o grupo de mulheres grávidas separadas, solteiras ou divorciadas e  $p=0,660$  para o grupo de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, no momento 1, e  $p=0,940$  para o grupo mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e  $p=0,104$  para o grupo de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, no momento2).

Sendo assim, recorreu-se ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* como teste da Hipótese 6 no momento 1 e, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) através do teste *Levene* ( $p=0,386$ ), ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 6 no momento 2 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p=0,014$  e, para o momento 2, um valor de  $p=0,258$ , o que significa que:

**- para o momento 1 de colheita de dados, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos, de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, no que respeita ao sentido de coerência das mesmas (Gráfico 15), sendo que o valor da mediana do sentido de coerência do primeiro grupo, 123, foi inferior ao valor da mediana do sentido de coerência do segundo grupo, 142,5;**

**- para o momento 2 de colheita de dados, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos, de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente.**

**Gráfico 15. Valores mínimos, valores máximos, quartis e medianas do sentido de coerência encontrados para os grupos, de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, até à 15ª semana de gravidez**



**Hipótese 7 - Os níveis de SCO variam consoante a escolaridade das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

**Quadro 19. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

ESCOLARIDADE / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas com menos do que o 12º ano completo (n=31)	93	178	131,29	127	3,720
Grávidas com até ao 12º ano completo (n=19)	109	169	139,89	138	3,868
Grávidas com o nível superior completo (n=11)	125	169	148,36	146	4,672
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas com menos do que o 12º ano completo (n=22)	98	168	131,45	129,50	3,960
Grávidas com até ao 12º ano completo (n=9)	113	161	128,33	121	5,883
Grávidas com o nível superior completo (n=10)	129	173	151,20	149,50	4,971

Como primeiro passo para o teste da Hipótese 7, recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* (análise da associação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal com três categorias), para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente. Os resultados ( $Ró=0,348$  e  $p=0,006$ , para o momento1, e  $Ró=0,327$  e  $p=0,037$ , para o momento 2) indicam que existe, entre o sentido de coerência e a escolaridade das mulheres grávidas, uma fraca associação linear positiva estatisticamente significativa para ambos os momentos de colheita de dados.

Posteriormente, para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos três grupos de mulheres grávidas, com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da referida variável por grupos somente para o momento 1 ( $p=0,141$  para o grupo de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade,  $p=0,756$  para o grupo de mulheres grávidas com até ao 12º ano completo de escolaridade e  $p=0,273$  para o grupo de mulheres grávidas com o nível superior completo de escolaridade, no momento 1, e  $p=0,477$  para o grupo de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade,  $p=0,018$  para o grupo de mulheres grávidas com até ao 12º ano completo de escolaridade e  $p=0,533$  para o grupo de mulheres grávidas com o nível superior completo de escolaridade, no momento 2).

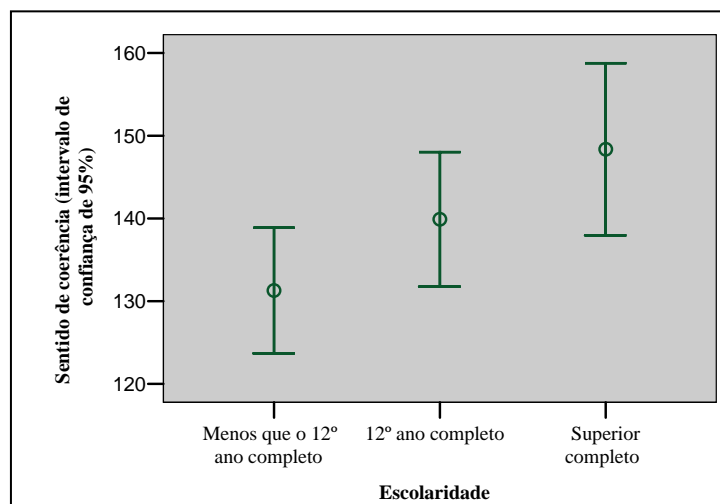
Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) com o teste *Levene* ( $p=0,379$ ), recorreu-se ao teste *One-way ANOVA*, com comparações feitas no teste *post-hoc de Tukey*, como teste da Hipótese 7 para o momento 1 e ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, com comparações feitas de dois em dois grupos no testes de *Mann-Whitney*, como teste da Hipótese 7 para o momento 2 (comparação de três grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p=0,031$  e, para o momento 2, um valor de  $p=0,008$ , o que significa que:

**- para o momento 1 de colheita de dados, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos de mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez, com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade. No entanto, o teste de comparações *post hoc de Tukey* permitiu verificar que esta diferença se dava com a amostra dividida em apenas dois grupos, um de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade e outro de mulheres grávidas com o 12º ano completo ou mais de escolaridade (Gráfico 16), sendo que o valor médio do sentido de coerência**

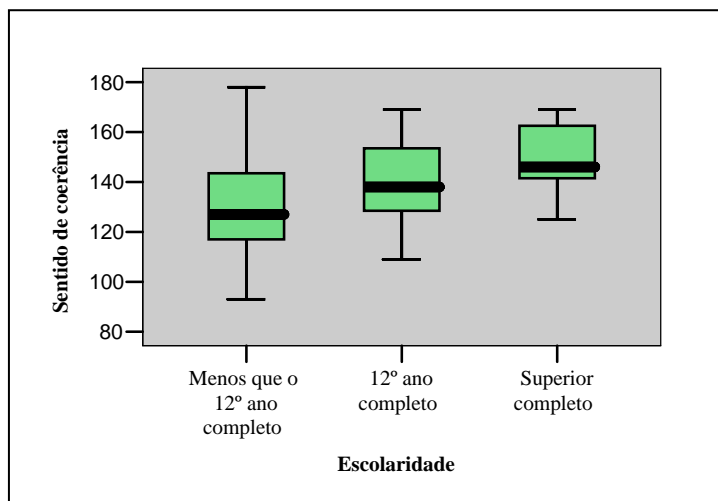
do primeiro grupo, 131,29, foi inferior ao valor médio do sentido de coerência do segundo grupo, 144,13;

- para o momento 2 de colheita de dados, foi também encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, com menos do que o 12<sup>o</sup> ano completo de escolaridade, com até ao 12<sup>o</sup> ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade, no que respeita ao sentido de coerência. No entanto, as comparações feitas com o teste de *Mann-Whitney* permitiram verificar que esta diferença se dava com a amostra dividida em apenas dois grupos, desta vez, um de mulheres grávidas com até ao 12<sup>o</sup> ano completo de escolaridade e outro de mulheres grávidas com nível superior completo de escolaridade (Gráfico 17), sendo que a mediana encontrada para o sentido de coerência do primeiro grupo, 125,25, foi inferior à mediana encontrada para o sentido de coerência do segundo grupo, 149,50.

**Gráfico 16. Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, com menos do que o 12<sup>o</sup> ano completo de escolaridade, com até ao 12<sup>o</sup> ano completo de escolaridade e com nível superior completo, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez (n=61)**



**Gráfico 17. Valores mínimos, valores máximos, quartis e medianas do sentido de coerência encontrados para os grupos de mulheres grávidas, com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com nível superior, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)**



**Hipótese 8 - Há diferença entre os níveis de SCO das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de menos de €1000, das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar entre €1000 e €1999,99 e das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de €2000 ou mais, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

**Quadro 20. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de menos de €1000,00, com rendimento mensal familiar entre €1000,00 e €1999,99 e com rendimento mensal familiar de €2000,00 ou mais, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

ESCALÃO DE RENDIMENTO FAMILIAR / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas com rendimento mensal familiar < €1000,00 (n=28)	109	168	133,57	131,5	3,172
Grávidas com rendimento mensal familiar entre €1000,00 e €1999,99 (n=16)	114	178	141,44	141,5	4,720
Grávidas com rendimento mensal familiar ≥ €2000,00 (n=7)	149	172	158,57	158	2,861
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas com rendimento mensal familiar < €1000,00 (n=20)	98	169	134,25	130	4,653
Grávidas com rendimento mensal familiar entre €1000,00 e €1999,99 (n=10)	110	173	134	134,5	5,683
Grávidas com rendimento mensal familiar ≥ €2000,00 (n=4)	121	162	149,75	158	9,707

Como primeiro passo para o teste da Hipótese 8, recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* (análise da associação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal com 3 categorias), para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente. Os resultados ( $Ró=0,425$  e  $p=0,002$ , para o momento 1 e  $Ró=0,164$  e  $p=0,353$ , para o

**momento 2) indicam que existe, entre o sentido de coerência e o escalão de rendimento familiar das mulheres grávidas, somente para o momento 1 de colheita de dados, uma moderada associação linear positiva estatisticamente significativa, o que não acontece para o momento 2.**

Posteriormente, para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos três grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, entre €1000 e €1999,99 e de €2000 ou mais, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos somente para o momento 1 ( $p = 0,394$  para o grupo de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de menos de €1000,  $p = 0,473$  para o grupo de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar entre €1000 e €1999,99 e  $p = 0,874$  para o grupo de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de €2000 ou mais, no momento 1, e  $p = 0,311$  para o grupo de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de menos de €1000,  $p = 0,522$  para o grupo de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar entre €1000 e €1999,99 e  $p = 0,041$  para o grupo de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de €2000 ou mais, no momento 2).

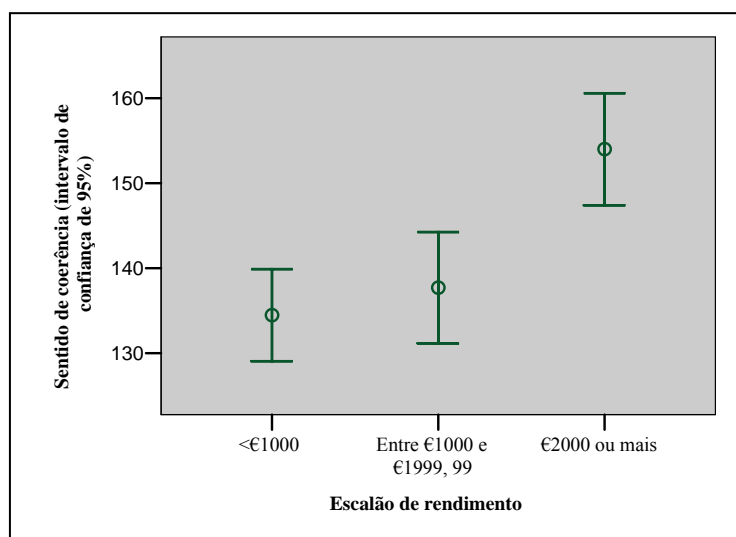
Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) com o teste *Levene* ( $p = 0,089$ ), recorreu-se ao teste *One-way ANOVA*, com comparações feitas no teste *post-hoc de Tukey*, como teste da Hipótese 8 no momento 1 e ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* como teste da Hipótese 8 no momento 2 (comparação de três grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p = 0,003$  e, para o momento 2, um valor de  $p = 0,420$ , o que significa que:

**- para o momento 1 de colheita de dados, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, entre €1000 e €1999,99 e de €2000 ou mais. No entanto, o teste de comparações *post hoc de Tukey* permitiu verificar que esta diferença se dava com a amostra dividida em apenas dois grupos, um de mulheres**

**grávidas com rendimento mensal familiar inferior a €2000,000 e outro de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar igual ou superior a €2000,00 (Gráfico 18), sendo que o valor médio do sentido de coerência do primeiro grupo, 137,51, foi inferior ao valor médio do sentido de coerência do segundo grupo, 158,57;**

**- para o momento 2 de colheita de dados, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, entre €1000 e €1999,99 e de €2000 ou mais, no que se refere ao sentido de coerência das mesmas.**

**Gráfico 18. Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, entre €1000 e €1999,99 e de €2000 ou mais, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez (n=61)**



**Hipótese 9 - Há diferença entre os níveis de SCO das mulheres grávidas com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas e das mulheres grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

**Quadro 21. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas sem e com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

HISTÓRIA OBSTÉTRICA / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica e malformações congénitas (n=41)	109	178	136,10	132	2,978
Grávidas com história de aborto, gravidez ectópica e malformações congénitas (n=20)	93	172	139	139,50	4,678
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica e malformações congénitas (n=29)	110	173	135,69	130	3,380
Grávidas com história de aborto, gravidez ectópica e malformações congénitas (n=12)	98	168	135,33	134	6,724

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos, de mulheres grávidas sem e com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos somente para o momento 1 ( $p = 0,095$  para o grupo de mulheres grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas e  $p = 0,618$  para o grupo de mulheres grávidas com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, no momento 1, e  $p = 0,049$  para o grupo mulheres grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas e  $p = 0,665$  para o grupo de mulheres grávidas com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, no momento 2).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) através do teste *Levene* ( $p = 0,698$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 9 para o momento 1 e ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* como teste da Hipótese 9 para o momento 2 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p = 0,591$  e, para o momento 2, um valor de  $p = 0,966$ , o que significa que



não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres grávidas, sem e com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, no que se refere ao sentido de coerência das mesmas, para nenhum dos dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Hipótese 10** - Os níveis de SCO variam consoante os níveis de percepção do próprio estado de saúde por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Quadro 22.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas, com respostas de 1 a 4 e com respostas de 5 a 7 referentes a um diferencial semântico de 7 valores representativos da percepção do próprio estado de saúde, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez

PERCEPÇÃO DO PRÓPRIO ESTADO DE SAÚDE / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas com respostas de 1 a 4 (n=13)	112	146	125,77	122	6,904
Grávidas com respostas de 5 a 7 (n=48)	93	178	140,10	141,50	4,350
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas com respostas de 1 a 4 (n=6)	110	154	123,33	120	7,855
Grávidas com respostas de 5 a 7 (n=35)	98	173	137,69	131	3,298

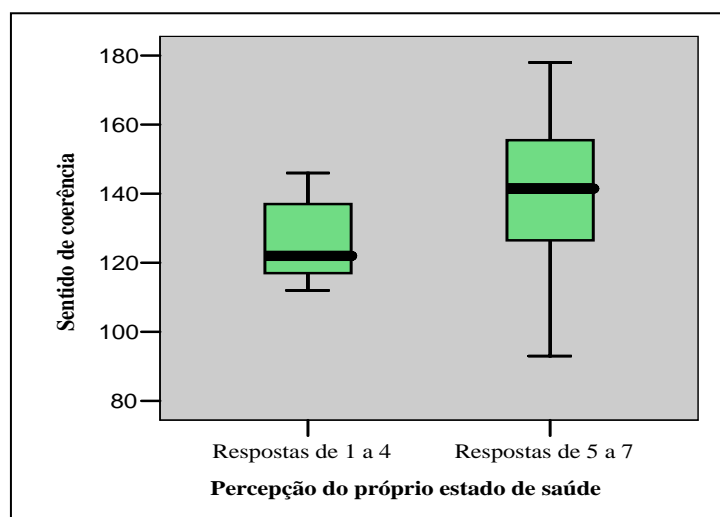
Recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* como primeiro teste da Hipótese 10 (associação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal com sete classificações) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente. **Os resultados indicam que existe, entre o sentido de coerência e a percepção do próprio estado de saúde das mulheres grávidas, uma fraca associação linear positiva estatisticamente significativa ( $Ró=0,340$  e  $p=0,007$ ) no momento 1 e uma moderada associação linear positiva estatisticamente significativa ( $Ró=0,499$  e  $p=0,001$ ) no momento 2.**

Posteriormente, optou-se por categorizar a variável percepção do próprio estado de saúde. Devido à falta de participantes que se enquadrassem nos níveis mais inferiores de resposta, optou-se por dividir o grupo de mulheres grávidas em dois grupos, um com respostas de 1 a 4, ou seja até ao valor do meio do diferencial semântico de 7 valores, e outro com respostas de 5 a 7. Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos, nos dois momentos de colheita de

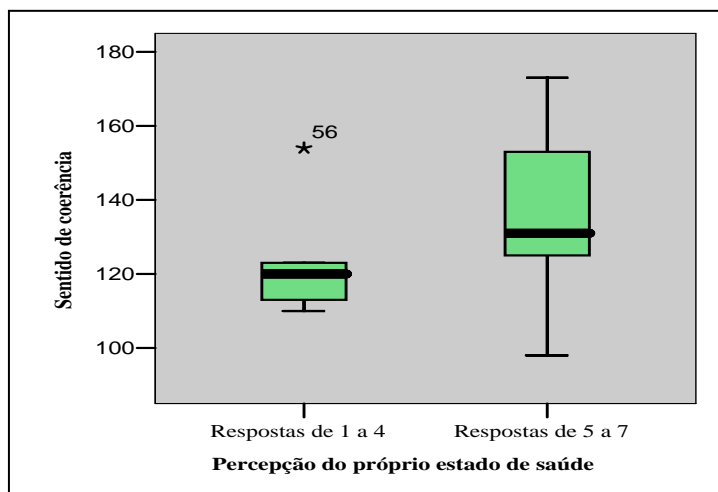
dados, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), não tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos em nenhum dos dois momentos ( $p = 0,036$  para o grupo de mulheres grávidas com respostas de 1 a 4 e  $p = 0,497$  para o grupo de mulheres grávidas com respostas de 5 a 7, no momento 1, e  $p = 0,035$  para o grupo mulheres grávidas com respostas de 1 a 4 e  $p = 0,260$  para o grupo de mulheres grávidas com respostas de 5 a 7, no momento 2).

Sendo assim, recorreu-se ao teste *Mann-Whitney* como segundo teste da Hipótese 10 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p = 0,015$  e, para o momento 2, um valor de  $p = 0,042$ , o que significa que, **para ambos os momentos de colheita de dados, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres grávidas com respostas de 1 a 4 e com respostas de 5 a 7 referentes a um diferencial semântico de 7 valores cujo valor 1 significa muito mau e o valor 7 significa muito bom, relativamente à percepção do próprio estado de saúde** (Gráfico 19 e 20), sendo que os valores das medianas do sentido de coerência do primeiro grupo, 122 e 120, foram inferiores aos valores das medianas do sentido de coerência do segundo grupo, 141,5 e 144,39, respectivamente para o momento 1 e para o momento 2 de colheita de dados.

**Gráfico 19. Valores mínimos, valores máximos, quartis e medianas do sentido de coerência encontrados para os grupos de mulheres grávidas, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez, com respostas de 1 a 4 e com respostas de 5 a 7 referentes a um diferencial semântico de 7 valores cujo valor 1 significa muito mau e o valor 7 significa muito bom, relativamente à percepção do próprio estado de saúde (n=61)**



**Gráfico 20.** Valores mínimos, valores máximos, quartis e medianas do sentido de coerência encontrados para os grupos de mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, com respostas de 1 a 4 e com respostas de 5 a 7 referentes a um diferencial semântico de 7 valores cujo valor 1 significa muito mau e o valor 7 significa muito bom, relativamente à percepção do próprio estado de saúde (n=41)



**Hipótese 11** - Os níveis de SCO variam consoante os níveis de percepção do suporte social do companheiro por parte das mulheres grávidas, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

Recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* como teste da Hipótese 11 (associação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal com sete classificações) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, separadamente. **Os resultados indicam que não existe, entre o sentido de coerência e a percepção do suporte social do companheiro por parte das mulheres grávidas, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, uma associação linear estatisticamente significativa ( $Ró=-0,07$  e  $p=0,594$  no momento 1 e  $Ró=-0,298$  e  $p=0,059$  no momento 2).**

**Hipótese 12** - Os níveis de SCO variam consoante os níveis de percepção do suporte social materno por parte das mulheres grávidas, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

Recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* como teste da Hipótese 12 (associação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal com sete classificações) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, separadamente. **Os resultados**

indicam que não existe, entre o sentido de coerência e a percepção do suporte social materno por parte das mulheres grávidas, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, uma associação linear estatisticamente significativa ( $R^2=-0,073$  e  $p=0,575$  no momento 1 e  $R^2=-0,10$  e  $p=0,949$  no momento 2).

**Hipótese 13** - Os níveis de ligação materno-fetal variam consoante a idade das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Quadro 23.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas com até 24 anos de idade e de mulheres grávidas com 25 ou mais anos de idade, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)

FAIXA ETÁRIA / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas com 24 anos ou menos (n=10)	3,3	4,3	3,804	3,855	0,11077
Grávidas com 25 ou mais anos (n=31)	3,1	4,8	3,88	3,8771	0,06818

Da mesma forma como foi feito para o sentido de coerência, como primeiro passo para o teste da Hipótese 13 (análise da associação entre duas variáveis quantitativas), foi feito um teste de correlação entre as variáveis ligação materno-fetal e idade. Considerando-se a normalidade das referidas variáveis ( $p=0,837$  para a ligação materno-fetal e  $p=0,354$ ) através do teste de *Shapiro-Wilk* ( $n<50$ ), recorreu-se ao teste de correlação R de *Pearson*, **não tendo sido encontrada nenhuma associação linear estatisticamente significativa entre a ligação materno fetal e a idade das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez ( $R=0,07$  e  $p=0,662$ ).**

Posteriormente, optou-se também por categorizar a variável idade e dividir o grupo de mulheres grávidas em dois grupos, um com até 24 anos de idade e outro com 25 ou mais anos de idade. Desta forma, para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos dois grupos, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n<50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável em ambos os grupos ( $p = 0,612$  para o grupo de mulheres grávidas com até 24 anos de idade e  $p = 0,959$  para o grupo de mulheres grávidas com 25 ou mais anos de idade).

Finalmente, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) através do teste de *Levene* ( $p=0,782$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como segundo teste da Hipótese 13 (comparação de dois grupos

independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p=0,593$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, com até 24 anos e com 25 ou mais anos, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

***Hipótese 14 - Há diferença entre os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas portuguesas e das mulheres grávidas estrangeiras, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.***

**Quadro 24. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas portuguesas e de mulheres grávidas estrangeiras, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)**

NACIONALIDADE / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas portuguesas (n=30)	3,4	4,4	3,864	3,875	0,05475
Grávidas estrangeiras (n=11)	3,1	4,8	3,8464	3,88	0,161117

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos dois grupos de mulheres grávidas, portuguesas e estrangeiras, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p=0,353$  para o grupo de mulheres grávidas portuguesas e  $p = 0,707$  para o grupo de mulheres grávidas estrangeiras).

Sendo assim, considerando-se a não homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) através do teste de *Levene* ( $p=0,011$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 14 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p=0,919$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, portuguesas e estrangeiras, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

**Hipótese 15 - Há diferença entre os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas nulíparas e das mulheres grávidas primíparas ou múltíparas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

**Quadro 25. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas nulíparas e de mulheres grávidas primíparas ou múltíparas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)**

PARIDADE / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas nulíparas (n=24)	3,1	4,8	3,8879	3,96	0,08046
Grávidas primíparas ou múltíparas (n=17)	3,4	4,5	3,8188	3,71	0,08240

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos dois grupos, de mulheres grávidas nulíparas e de mulheres grávidas primíparas ou múltíparas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p = 0,451$  para o grupo de mulheres grávidas nulíparas e  $p = 0,122$  para o grupo de mulheres grávidas primíparas ou múltíparas).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) através do teste de *Levene* ( $p = 0,719$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 15 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p = 0,562$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos, de mulheres grávidas nulíparas e de mulheres grávidas primíparas ou múltíparas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

**Hipótese 16 - Há diferença entre os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas e das mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

**Quadro 26. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)**

ESTADO CIVIL / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas solteiras, separadas ou divorciadas (n=12)	3,4	4,3	3,7483	3,79	0,08784
Grávidas casadas ou a viverem maritalmente (n=29)	3,1	4,8	3,9052	3,96	0,07227

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos dois grupos, de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p = 0,326$  para o grupo de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e  $p = 0,899$  para o grupo de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) através do teste *Levene* ( $p = 0,283$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 16 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p = 0,221$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos, de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

**Hipótese 17 - Os níveis de ligação materno-fetal variam consoante a escolaridade das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

**Quadro 27. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas com menos do que o 12<sup>o</sup> ano completo de escolaridade, com até ao 12<sup>o</sup> ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)**

ESCOLARIDADE / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas com menos do que o 12 <sup>o</sup> ano completo (n=22)	3,1	4,3	3,7232	3,71	0,06648
Grávidas com até ao 12 <sup>o</sup> ano completo (n=9)	3,3	4,8	4,0022	4	0,148781
Grávidas com o nível superior completo (n=10)	3,5	4,5	4,03	4,985	0,10281

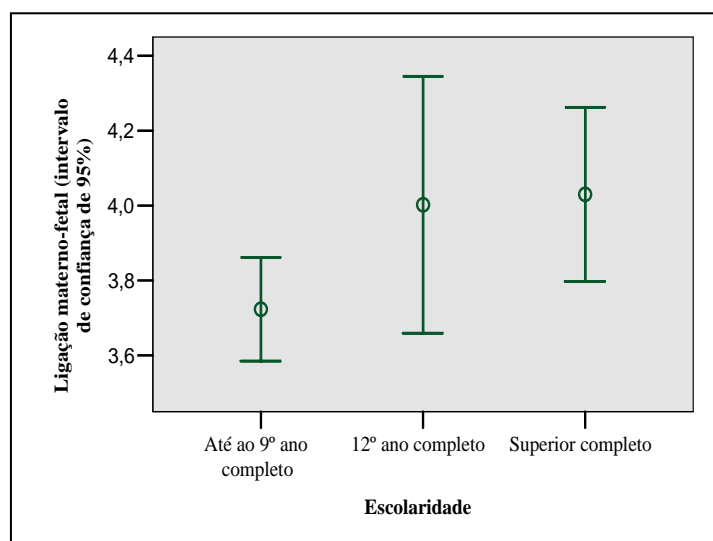
Tal como foi feito para o sentido de coerência, como primeiro passo para o teste da Hipótese 17, recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* (análise da associação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal com três categorias). **Os resultados indicam que existe, entre a ligação materno fetal e a escolaridade das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, uma fraca associação linear positiva estatisticamente significativa ( $Ró = 0,396$  e  $p = 0,01$ ).**

Posteriormente, para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos três grupos de mulheres grávidas, com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p=0,913$  para o grupo de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade,  $p=0,959$  para o grupo de mulheres grávidas com até ao 12º ano completo de escolaridade e  $p=0,391$  para o grupo de mulheres grávidas com o nível superior completo de escolaridade).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) com o teste *Levene* ( $p=0,641$ ), recorreu-se ao teste *One-way ANOVA*, com comparações feitas no teste *post-hoc de Tukey*, como teste da Hipótese 17 (comparação de três grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p=0,035$ , o que significa que **foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez. No entanto, o teste de comparações *post hoc de Tukey* apontou para a não existência destas diferenças. A única diferença foi encontrada através de um teste *T de Student* entre os grupos de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade e de mulheres grávidas com curso superior completo ( $p=0,016$ ), não tendo sido encontradas, através deste mesmo teste, diferenças entre os demais grupos ( $p=0,056$  entre os grupos de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo e com até ao 12º ano completo de escolaridade e  $p=0,878$  entre os grupos de mulheres grávidas com até ao 12º ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade (Gráfico 21).**



**Gráfico 21. Valores da ligação materno-fetal, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, com até ao 12º ano completo de escolaridade e com nível superior completo, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)**



**Hipótese 18** - Há diferença entre os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de menos de €1000, das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar entre €1000 e €1999,99 e das mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de €2000 ou mais, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Quadro 28. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, com rendimento mensal familiar entre €1000 e €1999,99 e com rendimento mensal familiar de €2000 ou mais, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)**

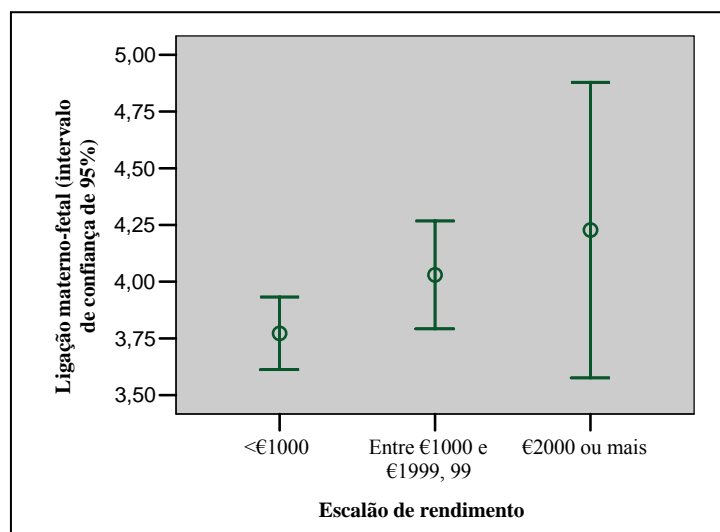
ESCALÃO DE RENDIMENTO FAMILIAR / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas com rendimento mensal familiar < €1000,00 (n=20)	3,1	4,3	3,772	3,81	0,07652
Grávidas com rendimento mensal familiar entre €1000,00 e €1999,99 (n=10)	3,5	4,5	4,03	4,065	0,10516
Grávidas com rendimento mensal familiar ≥ €2000,00 (n=4)	3,9	4,8	4,2275	4,105	0,20475

Novamente, assim como para o sentido de coerência, como primeiro passo para o teste da Hipótese 18, recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* (análise da associação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal com 3 categorias). Os resultados indicam que existe, entre a ligação materno-fetal e o escalão de rendimento familiar das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, uma moderada associação linear positiva estatisticamente significativa ( $Ró=0,427$  e  $p=0,012$ ).

Posteriormente, para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos três grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, entre €1000 e €1999,99 e de €2000 ou mais, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p = 0,543$  para o grupo de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de menos de €1000,  $p = 0,555$  para o grupo de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar entre €1000 e €1999,99 e  $p = 0,230$  para o grupo de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar de €2000 ou mais).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) com o teste *Levene* ( $p = 0,959$ ), recorreu-se ao teste *One-way ANOVA*, com comparações feitas no teste *post-hoc de Tukey*, como segundo teste da Hipótese 18 (comparação de três grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p = 0,032$ , o que significa que **foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, entre €1000 e €1999,99 e de €2000 ou mais, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez. O teste de comparações *post hoc de Tukey* permitiu verificar que esta diferença se dava com a amostra dividida em apenas dois grupos de mulheres entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, um com rendimento mensal familiar inferior a €1000,000 e outro com rendimento mensal familiar igual ou superior a €1000,00 (Gráfico 22), sendo que o valor médio da ligação materno-fetal do primeiro grupo, 3,77, foi inferior ao valor médio da ligação materno-fetal do segundo grupo, 4,13.**

**Gráfico 22. Valores da ligação materno-fetal, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000, entre €1000 e €1999,99 e de €2000 ou mais, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)**



**Hipótese 19** - Há diferença entre os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas e das mulheres grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Quadro 29. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas sem e com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez (n=41)**

HISTÓRIA OBSTÉTRICA / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica e malformações congénitas (n=29)	3,1	4,5	3,8838	3,92	0,06479
Grávidas com história de aborto, gravidez ectópica e malformações congénitas (n=12)	3,3	4,8	3,8	3,68	0,12307

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos dois grupos de mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, sem e com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p = 0,863$  para o grupo de mulheres grávidas sem história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas e  $p = 0,132$  para o grupo de mulheres grávidas com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) através do teste *Levene* ( $p = 0,533$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras

independentes como teste da Hipótese 19 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p=0,516$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, sem e com história de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas.**

***Hipótese 20 - Os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, variam consoante os níveis de percepção do próprio estado de saúde por parte das mulheres.***

Recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* como teste da Hipótese 20 (associação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal com sete classificações). **Os resultados indicam que não existe, entre a ligação materno-fetal e a percepção do próprio estado de saúde das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, uma associação linear estatisticamente significativa ( $Ró=-0,032$  e  $p=0,841$ ).**

***Hipótese 21 - Os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, variam consoante os níveis de percepção do suporte social do companheiro por parte das mulheres.***

Recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* como teste da Hipótese 21 (associação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal com sete classificações). **Os resultados indicam que não existe, entre a ligação materno-fetal e a percepção do suporte social do companheiro por parte das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, uma associação linear estatisticamente significativa ( $Ró=0,102$  e  $p=0,527$ ).**

***Hipótese 22 - Os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, variam consoante os níveis de percepção do suporte social materno por parte das mulheres.***

Recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* como teste da Hipótese 22 (associação entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal com sete classificações). **Os resultados indicam que não existe, entre a ligação materno-fetal e a percepção do suporte social materno por parte das mulheres grávidas, entre a**

**20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, uma associação linear estatisticamente significativa ( $R^2=-0,113$  e  $p=0,483$ ).**

***Hipótese 23 - Quanto mais altos os níveis de SCO das mulheres grávidas, melhores os seus hábitos alimentares, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.***

Para a verificação do pressuposto da normalidade das variáveis sentido de coerência e hábitos alimentares na amostra de mulheres grávidas em ambos os momentos de colheita de dados, até à 15<sup>o</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* ( $n>50$ ) para o momento 1 e ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para o momento 2, tendo sido confirmada a normalidade de ambas as variáveis para os dois momentos ( $p=0,200$  para o sentido de coerência e  $p=0,088$  para os hábitos alimentares, no momento 1, e  $p=0,113$  para o sentido de coerência e  $p=0,079$  para os hábitos alimentares, no momento 2).

Sendo assim, recorreu-se ao teste de correlação *R de Pearson* para o teste da Hipótese 23 (análise da associação entre duas variáveis quantitativas) em ambos os momentos de colheita de dados, separadamente, **não tendo sido encontrada, para nenhum dos dois momentos de colheita de dados, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, nenhuma associação linear estatisticamente significativa entre o sentido de coerência e os hábitos alimentares das mulheres grávidas ( $R=-0,019$  e  $p=0,886$  para o momento 1 e  $R=0,09$  e  $p=0,600$  para o momento 2).**

Com a finalidade de confirmar estes resultados levando-se em consideração a interferência da variável sintomas associados à gravidez que interfiram com os hábitos alimentares, foram realizados testes semelhantes aos descritos anteriormente somente para o grupo de mulheres que não referiram estes tipos de sintomas nas duas semanas anteriores à colheita de dados ( $n=28$  no momento 1 e  $n=27$  no momento 2). Confirmada a normalidade das variáveis hábitos alimentares e sentido de coerência com o teste de *Shapiro-Wilk*, em ambos os momentos de colheita de dados ( $p=0,126$  para os hábitos alimentares e  $p=0,773$  para o sentido de coerência, no momento 1, e  $p=0,150$  para os hábitos alimentares e  $p=0,169$  para o sentido de coerência, no momento 2), foi feito o teste de correlação *R de Pearson* para os dois momentos de colheita de dados, até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez e entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, separadamente, **não**

tendo sido encontrada, para nenhum dos dois momentos, nenhuma associação linear estatisticamente significativa entre o sentido de coerência e os hábitos alimentares das mulheres grávidas sem sintomas associados à gravidez que interferissem com os hábitos alimentares ( $R=0,111$  e  $p=0,574$  para o momento 1 e  $R=0,262$  e  $p=0,186$  para o momento 2).

**Hipótese 24** - Quanto mais altos os níveis de SCO das mulheres grávidas, menores os seus consumos diários de cafeína, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Quadro 30.** Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com consumo diário de cafeína  $\leq 150$  mg e com consumo diário de cafeína  $> 150$  mg, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez

CONSUMO DE CAFEÍNA / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas com consumo diário de cafeína $\leq 150$ mg (n=44)	93	178	135,36	132	2,8374
Grávidas com consumo diário de cafeína $> 150$ mg (n=17)	109	172	141,41	140	5,178
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas com consumo diário de cafeína $\leq 150$ mg (n=34)	98	173	134,44	130,50	3,198
Grávidas com consumo diário de cafeína $> 150$ mg (n=7)	110	169	141,14	137	9,143

Como primeiro passo para o teste da Hipótese 24 foram feitos testes de correlação entre as variáveis sentido de coerência e consumo diário de cafeína em mg. Para a verificação do pressuposto da normalidade das variáveis sentido de coerência e consumo diário de cafeína em mg na amostra de mulheres grávidas, em ambos os momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* ( $n > 50$ ) para o momento 1 e ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para o momento 2, não tendo sido confirmada a normalidade da variável consumo diário de cafeína em mg em nenhum dos dois momentos ( $p=0,200$  para o sentido de coerência e  $p=0,008$  para o consumo diário de cafeína, no momento 1, e  $p=0,113$  para o sentido de coerência e  $p=0,000$ , no momento 2).

Sendo assim, recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* como primeiro teste da Hipótese 24 (análise da associação entre duas variáveis quantitativas) para ambos os momentos de colheita de dados separadamente, **não tendo sido encontrada, para nenhum dos dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, nenhuma associação**

**linear estatisticamente significativa entre o sentido de coerência e o consumo diário de cafeína em mg por parte das mulheres grávidas ( $R^2=0,044$  e  $p=0,737$ , para o momento 1, e  $R^2=0,083$  e  $p=0,606$ , para o momento 2).**

Posteriormente, optou-se por categorizar a variável consumo diário de cafeína em mg e dividir o grupo de mulheres grávidas em dois grupos, um com consumo diário igual ou inferior a 150 mg de cafeína e outro com consumo diário superior a 150 mg de cafeína. Desta forma, para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos, nos dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n<50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos em ambos os momentos ( $p=0,770$  para o grupo de mulheres grávidas com consumo diário igual ou inferior a 150 mg de cafeína e  $p=0,159$  para o grupo de mulheres grávidas com consumo diário superior a 150 mg de cafeína, no momento 1, e  $p=0,412$  para o grupo mulheres grávidas com consumo diário igual ou inferior a 150 mg de cafeína e  $p=0,311$  para o grupo de mulheres grávidas com consumo diário superior a 150 mg de cafeína, no momento 2).

Sendo assim, considerando a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) para ambos os momentos através do teste de *Levene* ( $p=0,342$  no momento 1 e  $p=0,204$ , no momento 2), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 24 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p=0,283$  e, para o momento 2, um valor de  $p=0,415$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos de mulheres grávidas, com consumo diário de cafeína igual ou inferior a 150 mg e com consumo diário de cafeína superior a 150 mg, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

**Hipótese 25** - Quanto mais altos os níveis de SCO das mulheres grávidas, menores os seus consumos de álcool, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Quadro 31. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas que não consumiram e que consumiram álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

CONSUMO DE ÁLCOOL / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas que não consumiram álcool (n=57)	93	178	137,61	138	2,557
Grávidas que consumiram álcool (n=4)	109	165	129	121	12,336
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas que não consumiram álcool (n=37)	107	173	137,30	131	3,178
Grávidas que consumiram álcool (n=4)	98	131	119,75	125	7,565

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos de mulheres grávidas, que não consumiram álcool e que consumiram álcool, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da variável por grupos em ambos os momentos ( $p=0,540$  para o grupo de mulheres grávidas que não consumiram álcool e  $p=0,156$  para o grupo de mulheres grávidas que consumiram álcool, no momento 1, e  $p=0,056$  para o grupo mulheres grávidas que não consumiram álcool e  $p=0,194$  para o grupo de mulheres grávidas que consumiram álcool, no momento 2).

Sendo assim, considerando a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) para ambos os momentos através do teste de *Levene* ( $p=0,735$  no momento 1 e  $p=0,272$ , no momento 2) recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 25 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), em ambos os momentos, tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p=0,399$  e, para o momento 2, um valor de  $p=0,088$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos de mulheres grávidas, que não consumiram álcool e que consumiram álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**



**Hipótese 26** - Quanto mais altos os níveis de SCO das mulheres grávidas, menores os seus consumos de tabaco, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

**Quadro 32. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas que não consumiram cigarros e que consumiram cigarros nas duas semanas anteriores à colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

CONSUMO DE CIGARROS / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas que não consumiram cigarros (n=47)	93	178	134,94	132	2,806
Grávidas que consumiram cigarros (n=14)	109	172	144,14	148	5,262
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas que não consumiram cigarros (n=32)	98	173	134,03	130,50	3,357
Grávidas que consumiram cigarros (n=9)	118	169	141,11	137	7,183

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos, de mulheres grávidas que não consumiram cigarros e de mulheres grávidas que consumiram cigarros, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos em ambos os momentos de colheita de dados ( $p=0,502$  para o grupo de mulheres grávidas que não consumiram cigarros e  $p=0,397$  para o grupo de mulheres grávidas que consumiram cigarros, no momento 1, e  $p=0,497$  para o grupo de mulheres grávidas que não consumiram cigarros e  $p=0,06$  para o grupo de mulheres grávidas que consumiram cigarros, no momento2).

Considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) para ambos os momentos com o teste *Levene* ( $p=0,932$  para o momento 1 e  $p=0,313$  para o momento 2), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 26 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica) em ambos os momentos, tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p=0,123$  e, para o momento 2, um valor de  $p=0,343$ , o que significa que **não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos de mulheres grávidas, que não consumiram cigarros e que consumiram cigarros, em nenhum dos dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

**Hipótese 27 - Quanto mais altos os níveis de SCO das mulheres grávidas, melhores os seus comportamentos no que respeita à prática regular de actividade física, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

**Quadro 33. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com comportamento adequado, com comportamento razoável e com comportamento não adequado relativamente à prática regular de actividade física, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

PRÁTICA REGULAR DE ACTIVIDADE FÍSICA / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas com comportamento adequado (n=9)	109	161	134,56	130	5,613
Grávidas com comportamento razoável (n=3)	120	146	130,33	125	7,965
Grávidas com comportamento não adequado (n=48)	93	178	138,48	139	2,929
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas com comportamento adequado (n=7)	107	168	143,29	149	8,790
Grávidas com comportamento razoável (n=4)	118	155	131	125,50	8,495
Grávidas com comportamento não adequado (n=29)	110	173	135,66	130	3,371

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos três grupos de mulheres grávidas, com comportamento adequado, razoável ou não adequado no que respeita à prática regular de actividade física, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos somente no momento 1 de colheita de dados ( $p = 0,860$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento adequado,  $p=0,348$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento razoável e  $p = 0,449$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento não adequado, no momento 1, e  $p = 0,351$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento adequado,  $p=0,253$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento razoável e  $p = 0,036$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento não adequado, no momento2).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) com o teste *Levene* ( $p=0,422$ ), recorreu-se ao teste *One-way ANOVA*, com comparações feitas no teste *post-hoc de Tukey*, para o momento 1 e ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* para o momento 2 como testes da Hipótese 27 (comparação de três grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p=0,699$  e, para o momento 2, um valor de  $p=0,627$ , o que significa que, **no que respeita ao sentido de coerência, não foram encontradas diferenças**

**estatisticamente significativas entre os grupos de mulheres grávidas, com comportamento adequado, com comportamento razoável e com comportamento não adequado relativamente à prática regular de actividade física, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

Com a finalidade de confirmar estes resultados levando-se em consideração a interferência da variável sintomas associados à gravidez que interfiram com a prática regular de actividade física, foram realizados testes semelhantes aos descritos anteriormente somente para o grupo de mulheres que não referiram estes tipos de sintomas nas duas semanas anteriores à colheita de dados ( $n=37$  no momento 1 e  $n=31$  no momento 2). Uma vez que o grupo de mulheres que referiram um comportamento razoável passou a ficar com apenas dois componentes, optou-se por unir este grupo com o de mulheres grávidas com comportamento adequado, em ambos os momentos. Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos de mulheres grávidas, com comportamento adequado ou razoável e com comportamento não adequado no que respeita à prática regular de actividade física, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos em ambos os momentos de colheita de dados ( $p=0,899$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento adequado ou razoável e  $p=0,511$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento não adequado, no momento 1, e  $p=0,552$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento adequado ou razoável e  $p=0,072$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento não adequado, no momento 2).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) com o teste *Levene* em ambos os momentos ( $p=0,255$  para o momento 1 e  $p=0,508$  para o momento 2), recorreu-se ao teste *T de Student* como segundo teste da Hipótese 27 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica) para ambos os momentos de colheita de dados, tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p=0,713$  e, para o momento 2, um valor de  $p=0,857$ , o que significa que **não foram encontradas diferenças estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos de mulheres grávidas sem sintomas que interferissem com a actividade física nas duas semanas anteriores à colheita de**

**dados, com comportamento adequado ou razoável e com comportamento não adequado relativamente à prática regular de actividade física, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

***Hipótese 28 - Mulheres grávidas com níveis de SCO mais altos têm um ganho de peso mais adequado do que mulheres grávidas com níveis de SCO mais baixos, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.***

**Quadro 34. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas do sentido de coerência para os grupos de mulheres grávidas com ganho de peso saudável e com ganho de peso de risco, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez**

GANHO DE PESO GESTACIONAL / SENTIDO DE COERÊNCIA	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
<b>MOMENTO 1, ATÉ À 15ª SEMANA DE GRAVIDEZ (n=61)</b>					
Grávidas com ganho de peso saudável (n=18)	93	172	138,89	142,50	5,20
Grávidas com ganho de peso de risco (n=43)	109	178	136,28	132	2,845
<b>MOMENTO 2, ENTRE A 20ª E A 24ª SEMANAS DE GRAVIDEZ (n=41)</b>					
Grávidas com ganho de peso saudável (n=25)	110	173	139,32	131	4,092
Grávidas com ganho de peso de risco (n=15)	98	162	130	130	4,522

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável sentido de coerência pelos dois grupos, de mulheres grávidas com ganho de peso saudável e de mulheres grávidas com ganho de peso de risco, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para os dois momentos de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, separadamente, tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos apenas para o momento 1 de colheita de dados ( $p=0,594$  para o grupo de mulheres grávidas com ganho de peso saudável e  $p=0,104$  para o grupo de mulheres grávidas com ganho de peso de risco, no momento 1, e  $p=0,036$  para o grupo de mulheres grávidas com ganho de peso saudável e  $p=0,966$  para o grupo de mulheres grávidas com ganho de peso de risco, no momento2).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) com o teste *Levene* ( $p=0,400$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para o momento 1 e ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para o momento 2, como testes da Hipótese 28 (comparação de três grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado, para o momento 1, um valor de  $p=0,639$  e, para o momento 2, um valor de  $p=0,201$ , o que significa que, **no que respeita ao sentido de coerência, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de mulheres**

**grávidas, com ganho de peso saudável e com ganho de peso de risco, até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

***Hipótese 29 - Quanto mais altos os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, melhores os seus hábitos alimentares, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.***

Recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ) para a verificação do pressuposto da normalidade das variáveis ligação materno-fetal e hábitos alimentares para a amostra de mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, tendo sido confirmada a normalidade de ambas as variáveis ( $p = 0,837$  para a ligação materno-fetal e  $p = 0,079$  para os hábitos alimentares).

Sendo assim, recorreu-se ao teste de correlação *R de Pearson* para o teste da Hipótese 29 (análise da associação entre duas variáveis quantitativas), **não tendo sido encontrada uma associação linear estatisticamente significativa ( $R = 0,323$  e  $p = 0,055$ ) entre a ligação materno-fetal e os hábitos alimentares das mulheres grávidas, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

Com a finalidade de confirmar estes resultados levando-se em consideração a interferência da variável sintomas associados à gravidez que interfiram com os hábitos alimentares, foram realizados testes semelhantes aos descritos anteriormente somente para o grupo de mulheres que não referiram estes tipos de sintomas nas duas semanas anteriores à colheita de dados no momento 2, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez ( $n = 31$ ). Confirmada a normalidade das variáveis hábitos alimentares e ligação materno fetal com o teste de *Shapiro-Wilk* ( $p = 0,150$  para os hábitos alimentares e  $p = 0,419$  para a ligação materno-fetal), foi feito o teste de correlação *R de Pearson*, **não tendo sido encontrada uma associação linear estatisticamente significativa ( $R = 0,321$  e  $p = 0,103$ ) entre a ligação materno-fetal e os hábitos alimentares das mulheres grávidas sem sintomas associados à gravidez que interferissem com os hábitos alimentares, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.**

**Hipótese 30** - Quanto mais altos os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, menores os seus consumos de cafeína, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Quadro 35. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas com consumo diário de cafeína  $\leq 150$  mg e com consumo diário de cafeína  $> 150$  mg, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)**

CONSUMO DE CAFEÍNA / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas com consumo diário de cafeína $\leq 150$ mg (n=37)	3,1	4,8	3,8697	3,855	0,06575
Grávidas com consumo diário de cafeína $> 150$ mg (n=4)	3,4	4,3	3,8086	3,92	0,11917

Como primeiro passo para o teste da Hipótese 30 foi feito um teste de correlação entre as variáveis ligação materno-fetal e consumo diário de cafeína em mg. Para a verificação do pressuposto da normalidade das variáveis ligação materno-fetal e consumo diário de cafeína em mg para a amostra de mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), não tendo sido confirmada a normalidade da variável consumo diário de cafeína em mg ( $p = 0,837$  para a ligação materno-fetal e  $p = 0,000$  para o consumo diário de cafeína em mg).

Sendo assim, recorreu-se ao teste não paramétrico de correlação *Ró de Spearman* para o teste da Hipótese 30 (análise da associação entre duas variáveis quantitativas), **não tendo sido encontrada uma associação linear estatisticamente significativa ( $Ró = -0,085$  e  $p = 0,596$ ) entre a ligação materno-fetal e o consumo diário de cafeína em mg por parte das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

Novamente, optou-se por categorizar a variável consumo diário de cafeína em mg e dividir o grupo de mulheres grávidas em dois grupos, um com consumo diário igual ou inferior a 150 mg de cafeína e outro com consumo diário superior a 150 mg de cafeína. Desta forma, para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos dois grupos, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p = 0,938$  para o grupo de mulheres grávidas com consumo diário igual ou inferior a 150 mg de cafeína e  $p = 0,635$  para o grupo de mulheres grávidas com consumo diário superior a 150 mg de cafeína).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) através do teste de *Levene* ( $p = 0,589$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas

amostras independentes como segundo teste da Hipótese 30 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p=0,696$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, com consumo diário de cafeína igual ou inferior a 150 mg e com consumo diário de cafeína superior a 150 mg, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

***Hipótese 31 - Quanto mais altos os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, menores os seus consumos de álcool, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.***

**Quadro 36. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, que não consumiram e que consumiram álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados (n=41)**

CONSUMO DE ALCÓOL / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas que não consumiram álcool (n=37)	3,1	4,8	3,8786	3,92	0,0622
Grávidas que consumiram álcool (n=4)	3,4	4,1	3,68	3,6250	0,16688

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos dois grupos de mulheres grávidas, que não consumiram álcool e que consumiram álcool, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n<50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável por grupos ( $p=0,964$  para o grupo de mulheres que não consumiram álcool e  $p=0,340$  para o grupo de mulheres que consumiram álcool).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) através do teste de *Levene* ( $p=0,786$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para duas amostras independentes como teste da Hipótese 31 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p=0,313$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, que não consumiram álcool e que consumiram álcool, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

**Hipótese 32 - Quanto mais altos os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, menores os seus consumos de tabaco, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

**Quadro 37. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas que não consumiram cigarros e que consumiram cigarros nas duas semanas anteriores à colheita de dados, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)**

CONSUMO DE CIGARROS / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas que não consumiram cigarros (n=32)	3,1	4,5	3,8375	3,855	0,06425
Grávidas que consumiram cigarros (n=9)	3,4	4,8	3,9367	3,96	0,13455

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos dois grupos de mulheres grávidas, que não consumiram cigarros e que consumiram cigarros, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p = 0,506$  para o grupo de mulheres grávidas que não consumiram cigarros,  $p = 0,247$  para o grupo de mulheres grávidas que consumiram cigarros).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) com o teste *Levene* ( $p = 0,6$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para amostras independentes como teste da Hipótese 32 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p = 0,484$ , o que significa que **não foram encontradas diferenças estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, que não consumiram cigarros e que consumiram cigarros, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**



**Hipótese 33** - Quanto mais altos os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, melhores os seus comportamentos no que respeita à prática regular de actividade física, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.

**Quadro 38. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas com comportamento adequado, com comportamento razoável e com comportamento não adequado para a prática regular de actividade física, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)**

PRÁTICA REGULAR DE ACTIVIDADE FÍSICA / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas com comportamento adequado (n=7)	3,6	4,3	3,8714	3,88	0,09369
Grávidas com comportamento razoável (n=4)	3,4	4,8	4	3,895	0,30119
Grávidas com comportamento não adequado (n=29)	3,1	4,5	3,8521	3,92	0,06783

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos três grupos de mulheres grávidas, com comportamento adequado, com comportamento razoável e com comportamento não adequado para a prática regular de actividade física, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p = 0,842$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento adequado,  $p = 0,725$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento razoável e  $p = 0,571$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento não adequado).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) com o teste *Levene* ( $p = 0,208$ ), recorreu-se ao teste *One-way ANOVA*, com comparações feitas no teste *post-hoc de Tukey*, como teste da Hipótese 33 (comparação de três grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p = 0,762$ , o que significa que **não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, com comportamento adequado, com comportamento razoável e com comportamento não adequado para a prática regular de actividade física, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

Com a finalidade de confirmar estes resultados levando-se em consideração a interferência da variável sintomas associados à gravidez que interfiram com a prática regular de actividade física, foram realizados testes semelhantes aos descritos anteriormente somente para o grupo de mulheres que não referiram estes tipos de

sintomas nas duas semanas anteriores à colheita de dados, no momento 2, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=37). Uma vez que o grupo de mulheres que referiram um comportamento razoável passou a ficar com apenas dois componentes, optou-se por unir este grupo ao de mulheres grávidas com comportamento adequado. Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos dois grupos de mulheres grávidas, com comportamento adequado ou razoável e com comportamento não adequado no que respeita à prática regular de actividade física, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p=0,235$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento adequado ou razoável e  $p=0,508$  para o grupo de mulheres grávidas com comportamento não adequado).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) com o teste *Levene* ( $p=0,559$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para amostras independentes como segundo teste da Hipótese 33 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p=0,784$ , o que significa que **não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas sem sintomas que interferissem com a actividade física nas duas semanas anteriores à colheita de dados, com comportamento adequado ou razoável e com comportamento não adequado relativamente à prática regular de actividade física, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

**Hipótese 34 - Mulheres grávidas com níveis de ligação materno-fetal mais altos têm um ganho de peso mais adequado durante a gravidez do que mulheres grávidas com níveis de ligação materno-fetal mais baixos, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

**Quadro 39. Valores mínimos, valores máximos, médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos de mulheres grávidas com ganho de peso saudável e com ganho de peso de risco, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)**

GANHO DE PESO GESTACIONAL / LIGAÇÃO MATERNO-FETAL	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Mediana	Erro padrão
Grávidas com ganho de peso saudável (n=25)	3,3	4,8	3,9112	3,92	0,07346
Grávidas com ganho de peso de risco (n=15)	3,1	4,5	3,7967	3,79	0,09698

Para a verificação do pressuposto da normalidade da variável ligação materno-fetal pelos dois grupos de mulheres grávidas, com ganho de peso saudável e com ganho de

peso de risco, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade da referida variável pelos grupos ( $p = 0,703$  para o grupo de mulheres grávidas com ganho de peso saudável e  $p = 0,989$  para o grupo de mulheres grávidas com ganho de peso de risco).

Sendo assim, considerando-se a homogeneidade das variâncias (homocedasticidade) através do teste *Levene* ( $p = 0,896$ ), recorreu-se ao teste *T de Student* para amostras independentes como teste da Hipótese 34 (comparação de dois grupos independentes face a uma variável numérica), tendo sido encontrado um valor de  $p = 0,350$ , o que significa que **não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, com ganho de peso saudável e com ganho de peso de risco, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

***Hipótese 35 - Quanto mais altos os níveis do sentido de coerência das mulheres grávidas mais altos os níveis da ligação materno-fetal das mesmas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.***

Para a verificação do pressuposto da normalidade das variáveis ligação materno-fetal e sentido de coerência na amostra de mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez, recorreu-se ao teste de *Shapiro-Wilk* ( $n < 50$ ), tendo sido confirmada a normalidade de ambas as variáveis ( $p = 0,837$  para a ligação materno-fetal e  $p = 0,113$  para o sentido de coerência).

Sendo assim, recorreu-se ao teste de correlação *R de Pearson* para o teste da Hipótese 35 (análise da associação entre duas variáveis quantitativas), **não tendo sido encontrada uma associação linear estatisticamente significativa ( $R = 0,067$  e  $p = 0,6776$ ) entre a ligação materno-fetal e o sentido de coerência das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez.**

### 4.3. CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS UTILIZADAS

#### 4.3.1. Consistência interna da escala de medição do sentido de coerência

Para o sub-estudo 1 foram encontrados os seguintes valores para o coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach* referente à escala de medição do sentido de coerência: 0,834 quando

consideradas as respostas da amostra de mulheres grávidas e o grupo de comparação (n=122), 0,806 quando consideradas apenas as respostas da amostra de mulheres grávidas (n=61) e 0,860 quando consideradas apenas as respostas do grupo de comparação (n=61). Todos estes valores indicam uma boa consistência interna da escala.

Para o sub-estudo 2 foram encontrados, como valores do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para a escala de medição do sentido de coerência, os mesmos 0,806 quando consideradas apenas as respostas da amostra de mulheres até à 15<sup>a</sup> semana de gravidez (n=61) e 0,845 quando consideradas apenas as respostas da amostra de mulheres grávidas, desta vez entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41). Mais uma vez, os valores indicam uma boa consistência interna da escala.

#### **4.3.2. Consistência interna da escala de medição da ligação materno-fetal**

Relativamente à escala de medição da ligação materno-fetal, foi encontrado, para a amostra de mulheres grávidas entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41), um coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,757, o que indica uma razoável consistência interna da escala.

Com a finalidade de verificar se este resultado estaria a sofrer a interferência de algum item específico da escala, foi feita a determinação do coeficiente repetidas vezes com a exclusão de um dos 24 itens que compõem a escala por vez. Foram encontrados seis itens que, se retirados isoladamente da escala elevavam o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach da mesma, os itens 9, 11, 17, 20, 22 e 24. Entretanto, nem a retirada dos seis itens simultaneamente elevaram, de forma clara, a classificação da consistência interna da escala para boa, tendo sido encontrado um valor de  $\alpha=0,798$ .

## **QUINTO CAPÍTULO**

### **5. DISCUSSÃO**

#### **5.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUNS ASPECTOS METODOLÓGICOS RELEVANTES PARA A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO**

Segundo Carmo e Ferreira (1998), uma das principais limitações da utilização dos métodos quantitativos em ciências sociais está ligada à própria natureza dos fenómenos estudados: complexidade dos seres humanos; estímulo que dá origem a diferentes respostas de acordo com os sujeitos; grande número de variáveis cujo controlo é difícil ou mesmo impossível de se conseguir; subjectividade por parte do investigador; medição que é muitas vezes indirecta, como é por exemplo o caso das atitudes; problema da validade e fiabilidade dos instrumentos de medição. Todos estes aspectos devem ser tomados em consideração para a análise dos resultados desta investigação.

##### **5.1.1. AMOSTRA**

Uma importante limitação da presente investigação diz respeito à dimensão e ao tipo de selecção da amostra estudada.

A necessidade da presença da própria investigadora por ocasião da colheita de dados como forma de incentivo e para o esclarecimento de dúvidas limitou a amostra inicial em 70 mulheres grávidas ao invés das 100 pretendidas. A eliminação de 9 destas mulheres pelos motivos já referidos reduziu o número de mulheres grávidas participantes no estudo para 61.

Apesar de a maior parte dos resultados encontrados parecerem claros e estarem de acordo com a literatura, esta dimensão da amostra descartou a possibilidade da realização de análises estatísticas multivariadas, que permitiriam a análise simultânea dos dois momentos de colheita de dados do sub-estudo 2 e da relação de mais de duas variáveis, o que reduziria significativamente a possibilidade de ocorrência de erros do tipo I, quando, segundo Ribeiro (1999, p. 65), se conclui que a variável independente

afecta a variável dependente e na realidade tal não acontece, ou seja, quando, por exemplo, os grupos que se pretende comparar são compostos por participantes de tal modo diferentes que num grupo permanecem os que tendem a ter valores mais altos para a variável quantitativa estudada. Além disso, a referida dimensão da amostra limitou a categorização mais detalhada de algumas variáveis por falta de indivíduos em todos os grupos e pode ter sido responsável pela não descoberta de diferenças estatisticamente significativas entre grupos acerca de determinadas variáveis, uma vez que, segundo Ribeiro (1999, p. 65), quanto menor a amostra maior a possibilidade de ocorrência do erro tipo II, quando se conclui que a variável independente não tem impacto ou não se relaciona com a variável dependente quando de facto tem.

Por outro lado, é necessário não esquecer que, devido ao carácter subjectivo que envolve o processo de selecção não probabilístico da amostra estudada, surge o problema da validade externa, relativo à impossibilidade de generalização dos resultados. Não é possível saber se os resultados alcançados seriam os mesmos no caso de os elementos da população seleccionados serem outros, o que os coloca na condição de resultados preliminares que devem ser testados em amostras probabilísticas de maior dimensão para merecerem mais credibilidade.

### **5.1.2. COLHEITA DE DADOS**

Relativamente à colheita de dados, há que ressaltar a significativa redução de 32,8% da amostra do sub-estudo 2 do primeiro (n=61) para o segundo momento de colheita de dados (n=41), ou seja, do período compreendido do início da gravidez até à 15ª semana de gravidez para o período compreendido entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez. Esta redução, cujo principal motivo foi a não continuidade do seguimento da gravidez naquele centro de saúde, foi responsável pelo tamanho extremamente reduzido da amostra no momento 2 que pode ter tido consequências nos resultados da investigação, conforme foi comentado no item anterior e como será observado a seguir, na discussão dos resultados da investigação.

### **5.1.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

Relativamente aos instrumentos de colheita de dados, não parece que o seu tamanho e o tempo dispendido para o preenchimento dos mesmos tenham influenciado, de alguma

forma, os resultados do estudo, ainda que as 5 mulheres (8,2% da amostra) que deixaram de participar por vontade própria no segundo momento de colheita de dados possam tê-lo feito em função destas características dos instrumentos.

De uma maneira geral, não foram relatadas dificuldades para o preenchimento dos questionários. Alguns poucos esclarecimentos foram solicitados à investigadora relativamente aos itens que compunham a escala de avaliação do sentido de coerência e o questionário de frequência alimentar.

No que respeita à avaliação dos hábitos alimentares das participantes no estudo, cabe lembrar que a principal limitação de um método de frequência alimentar refere-se à falta de detalhes acerca do consumo de alimentos, que pode estar reflectida numa listagem incompleta de todos os alimentos possíveis, num erro de estimativa da frequência, ou num erro da estimativa dos tamanhos das porções (Krebs-Smith *et al.*, 1994 citado por Thompson; Byers, 1994, p.2248S). Diferentes questionários de frequência alimentar funcionarão, muitas vezes, de forma imprevisível em diferentes populações. Desta forma, os consumos de nutrientes estimados por este tipo de questionários devem ser considerados apenas como aproximações (Briefel *et al.*, 1992 citado por Thompson; Byers, 1994, p.2248S). Entretanto, para Thompson e Byers (1994, p.2248S), os questionários de frequência alimentar são mais indicados para a categorização de indivíduos de acordo com o seu consumo de nutrientes ou alimentos do que para estimar os níveis de consumo, o que é o caso do presente estudo.

## **5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A discussão dos resultados desta investigação será feita com base em cada um dos seis objectivos específicos propostos para a mesma.

### **5.2.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 1**

Como primeiro objectivo proposto para a presente investigação pretendia-se identificar uma eventual interferência da descoberta da gravidez e da sua evolução no sentido de coerência da mulher. Para tal foram testadas as hipóteses 1 e 2, ambas não confirmadas para os grupos de mulheres estudados, o que poderia ter sido concluído antes mesmo dos testes das hipóteses, através da observação do Gráfico 1 que mostra, nitidamente, as

coincidências dos intervalos de confiança a 95% da variável sentido de coerência para cada um dos grupos.

#### **5.2.1.1. Comparação dos resultados referentes ao objectivo 1 com a literatura**

Por mais estranho que pareça, os referidos resultados estão de acordo com a literatura, uma vez que Antonovsky (1987, p. 123), criador do constructo sentido de coerência, acreditava na estabilidade deste durante a vida adulta e o que a investigadora pretendia era testar a consideração feita pelo referido autor e por Abrahamsson e Ejetsson (2002, p. 328) de que a gravidez poderia ser uma das situações críticas da vida que forneceria uma oportunidade de mudança subtil e temporária no sentido de coerência. Embora a média dos valores do sentido de coerência entre o grupo de mulheres grávidas encontrada no estudo de Abrahamsson e Ejetsson (2002, p. 328) realizado na Suécia tenha sido superior às médias dos valores do sentido de coerência encontrados em outros estudos para mulheres não grávidas na Suécia, é importante destacar que a amostra utilizada pelos investigadores considerava apenas uma zona rural da Suécia, ou seja, não era representativa da população.

#### **5.2.1.2. Conclusões acerca dos resultados referentes ao objectivo 1**

Não há evidências estatisticamente significativas de que os níveis do sentido de coerência das mulheres não grávidas participantes neste estudo sejam diferentes dos níveis do sentido de coerência das mulheres grávidas participantes neste estudo e de que os níveis do sentido de coerência das mulheres grávidas participantes neste estudo, até à 15ª semana de gravidez, sejam diferentes dos níveis do sentido de coerência destas mesmas mulheres, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez.

### **5.2.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 2**

O segundo objectivo desta investigação dizia respeito à ampliação do conhecimento acerca das relações de alguns factores de natureza sócio-demográfica, psico-afectiva e obstétrica, nomeadamente, a idade, a nacionalidade, a paridade, o estado civil, a escolaridade, o rendimento mensal familiar, a história obstétrica, a percepção do próprio estado de saúde, a percepção do suporte social do companheiro e a percepção do suporte social materno, com o sentido de coerência das mulheres grávidas. Para tal foram



testadas, para cada um dos momentos de colheita de dados de forma independente, as hipóteses 3 à 12, não tendo sido confirmadas, para a amostra em estudo, em ambos os momentos, as hipóteses 4, 5, 9, 11 e 12, referentes à associação do sentido de coerência das mulheres grávidas com a nacionalidade, paridade, história obstétrica, percepção do suporte social do companheiro e percepção do suporte social materno das mesmas. O que pode ser observado nos resultados dos testes e, no caso das três primeiras variáveis, através da semelhança dos valores das médias e medianas do sentido de coerência nos diferentes grupos de classificação para cada uma das variáveis (Quadros 16, 17 e 21) que, juntamente com os valores não muito elevados de erro padrão encontrados para cada um dos grupos, reduzem significativamente a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo II.

No que se refere à Hipótese 3, foram encontradas, somente no primeiro momento de colheita de dados, uma fraca associação linear positiva estatisticamente significativa entre a idade e o sentido de coerência das mulheres grávidas e uma diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos de mulheres grávidas, com até 24 anos (127,7) e com 25 anos ou mais (140,24). Apesar da evidente diferença na tendência dos resultados para os diferentes momentos, a clareza dos mesmos, que pode ser inclusivamente observada através dos valores das médias e medianas para ambos os grupos etários em ambos os momentos (Quadro 15), e a distribuição semelhante das mulheres pelos grupos etários nos dois momentos (Quadro 15) reduzem significativamente a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo II como consequência do tamanho da amostra do momento 2. No entanto, a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo I por influência de outras variáveis, que invalidaria os resultados encontrados para o momento 1, não pode ser descartada e somente poderia ser constatada com a realização de análises multivariadas.

Relativamente à Hipótese 6, somente no primeiro momento de colheita de dados foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas e o grupo de mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente no que respeita ao sentido de coerência das mesmas, sendo que os valores das medianas encontrados para os respectivos grupos no momento 1 de colheita de dados foram de 123 e 142,5 (Quadro 18 e Gráfico 15). Mais uma vez, a semelhança na distribuição das mulheres por grupos entre os dois momentos, a

semelhança dos valores das médias e medianas para ambos os grupos de mulheres grávidas e os valores não muito elevados do erro padrão de cada um dos grupos reduzem significativamente as possibilidades da ocorrência de um erro do tipo II como consequência do tamanho da amostra no momento 2 de colheita de dados. Entretanto, a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo I por interferência de outras variáveis, que invalidaria os resultados encontrados para o momento 1, não pode ser descartada.

Nos testes da Hipótese 7 foram encontradas, em ambos os momentos de colheita de dados, uma fraca associação linear estatisticamente significativa entre a escolaridade e o sentido de coerência das mulheres grávidas e uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres grávidas, classificados por níveis de escolaridade, no que respeita ao sentido de coerência. Entretanto, para o momento 1, esta diferença se deu quando considerados apenas dois grupos, um de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, cujo valor médio do sentido de coerência encontrado foi de 131,29, e outro de mulheres grávidas com o 12º ano completo ou mais de escolaridade, cujo valor médio do sentido de coerência encontrado foi de 144,13 (Quadro 19 e Gráfico 16). Enquanto que, para o momento 2, esta diferença se deu entre outros dois grupos, um de mulheres grávidas com até ao 12º ano completo de escolaridade, cujo valor da mediana encontrado para o sentido de coerência foi de 125,25, e outro de mulheres grávidas com o nível superior completo de escolaridade, cujo valor da mediana encontrado para o sentido de coerência foi de 149,5 (Quadro 19 e Gráfico 17). Porém, a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo I por influência de uma ou mais variáveis, que invalidaria os resultados encontrados para os dois momentos, não pode ser descartada.

No caso dos testes da Hipótese 8, somente para o momento 1 de colheita de dados foram encontradas uma moderada associação linear positiva estatisticamente significativa e uma diferença estatisticamente significativa entre os valores médios do sentido de coerência dos grupos de mulheres grávidas, com rendimento mensal familiar de menos de €1000,00, entre €1000,00 e €1999,99 e de €2000,00 ou mais, sendo que esta diferença se dava com a amostra dividida em apenas dois grupos, um de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar inferior a €2000,00, cujo valor médio encontrado para o sentido de coerência foi de 137,51, e outro de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar igual ou superior a €2000,00, cujo valor médio encontrado

para o sentido de coerência foi de 158,57 (Quadro 20 e Gráfico 18). No entanto, desta vez, não é descabida a suspeição da possibilidade de ocorrência de um erro do tipo II, como consequência do tamanho da amostra no momento 2, se analisarmos os valores das médias e medianas do sentido de coerência entre os diversos grupos para ambos os momentos de colheita de dados, nitidamente maiores para o grupo de mulheres grávidas com rendimento mensal familiar igual ou superior a €2000,00, e se considerarmos que o número de mulheres grávidas presentes no grupo de escalão de rendimento mensal familiar igual ou superior a €2000,00 passou, de 7 mulheres no momento 1 de colheita de dados, para 4 mulheres no momento 2 de colheita de dados, o que elevou bastante o valor do erro padrão para este grupo (Quadro 20). Porém, não parece seguro tirar conclusões com base num teste que envolveu um grupo com apenas 4 integrantes. Além disso, a possibilidade de um erro do tipo I, por influência de uma ou mais variáveis, também não pode ser descartada quando estas não são consideradas nas análises estatísticas.

Por fim, nos testes da Hipótese 10, foram encontradas, para ambos os momentos de colheita de dados, associações lineares positivas estatisticamente significativas entre o sentido de coerência e a percepção do próprio estado de saúde das mulheres grávidas e diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito ao sentido de coerência, entre os grupos de mulheres grávidas com respostas de 1 a 4 e com respostas de 5 a 7 referentes a um diferencial semântico de 7 valores cujo valor 1 significa muito mau e o valor 7 significa muito bom. Ainda que a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo I não possa ser descartada, os resultados observados a partir dos valores das médias e das medianas, apresentados no Quadro 22, parecem claros, bem como a representação gráfica (Gráficos 19 e 20) das diferenças entre os grupos, para ambos os momentos de colheita de dados.

#### **5.2.2.1 Comparação dos resultados referentes ao objectivo 2 com a literatura**

Não foram encontrados na literatura estudos comparáveis para as associações não confirmadas (nacionalidade, paridade, história obstétrica, percepção do suporte social do companheiro e percepção do suporte social materno com o sentido de coerência das mulheres grávidas) e para a associação parcialmente evidenciada entre o sentido de coerência e o estado civil das mulheres grávidas. Os poucos estudos encontrados acerca

da relação entre a percepção do suporte social e o sentido de coerência dos indivíduos apresentam resultados contraditórios.

No que respeita à associação entre o sentido de coerência e a idade das mulheres grávidas, os estudos revisados pelo Federal Centre For Health Education (1999, p. 48 e 121) também revelam contradições, sendo que alguns autores encontraram valores mais elevados de sentido de coerência entre estudantes mais velhos, outros encontraram uma associação entre o sentido de coerência e a idade entre adultos, enquanto outros autores não encontraram diferenças entre os valores do sentido de coerência dos indivíduos nos diversos níveis etários. O próprio Federal Centre For Health Education (1999) aponta para a necessidade de estudos de *follow-up* a longo prazo para a obtenção de conclusões mais bem fundamentadas acerca desta relação.

Para o Federal Centre For Health Education (1999, p. 48), pouco ou nada se pode afirmar sobre a relação entre o sentido de coerência e a escolaridade e entre o sentido de coerência e o nível sócioeconómico, uma vez que os resultados dos estudos analisados são difíceis de interpretar devido à possibilidade de confundimento entre as variáveis nível sócioeconómico, tipo de emprego e posição hierárquica na firma. No entanto, alguns autores citados por esta entidade – Dudek e Makowska (1993), Hood; Beaudet e Catlin (1996), Larsson e Kallenberg (1996) – não encontraram relação entre o sentido de coerência e a escolaridade e entre o sentido de coerência e os rendimentos. Outros – Gebert, Broda e Lauterbach (1997) e Pasikowski, Sek e Scigala (1994) – não encontraram relação entre o sentido de coerência e a escolaridade. Por sua vez, Larsson e Kallenberg (1996), Lundberg (1997), Rimann e Udris (1998) e Ing e Reutter (2003) encontraram relação entre o rendimento e o sentido de coerência. Já Bowman (1996, 1997) não encontrou diferenças no sentido de coerência em pessoas de diferentes níveis sócioeconómicos.

Por fim, os resultados relativos à associação entre o sentido de coerência e a percepção do próprio estado de saúde das mulheres grávidas estão de acordo com os resultados de estudos encontrados na literatura, uma vez que muitos revelam que os valores do sentido de coerência se correlacionam com a percepção do próprio estado de saúde (Becker *et al.*, 1996, Bös; Woll, 1994 citado por Federal Centre For Health Education, p. 106, Suominen, 1993, Harri, 1998, Sanden-Eriksson, 2000, Feldt, 2000 citado por

Kuuppelomäki; Utriainen, 2003, p. 383-384, Forbes, 2001, p. 31, Abrahamsson; Ejlerthsson, 2002, p. 327).

#### **5.2.2.2. Conclusões acerca dos resultados referentes ao objectivo 2**

Sendo assim: não há evidência estatisticamente significativa da relação entre o sentido de coerência das mulheres grávidas participantes neste estudo e a nacionalidade, paridade, história obstétrica, percepção do suporte social do companheiro e percepção do suporte social materno das mesmas; existe uma diferença na tendência dos resultados encontrados, para as relações entre o sentido de coerência e a idade e entre o sentido de coerência e o estado civil destas mulheres, em cada um dos momentos de colheita de dados, tendo sido confirmadas apenas no primeiro momento; existe evidência estatisticamente significativa de que os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas, participantes neste estudo, com o nível superior completo de escolaridade são maiores do que os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas, participantes neste estudo, com até ao 12º ano completo de escolaridade; existe alguma evidência estatística de que os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas, participantes neste estudo, pertencentes a um escalão de rendimento mensal familiar igual ou superior a €2000,00 sejam superiores aos níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas, participantes neste estudo, pertencentes a um escalão de rendimento mensal familiar inferior a €2000,00, embora esta evidência tenha sido estatisticamente significativa somente para o primeiro momento de colheita de dados; e existe evidência estatisticamente significativa de que os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas, participantes neste estudo, se correlacionam com a percepção do próprio estado de saúde destas mulheres e de que os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas participantes neste estudo que possuem uma percepção negativa ou média do seu estado de saúde são inferiores aos níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas participantes neste estudo que possuem uma percepção positiva do seu estado de saúde.

Entretanto, a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo I, que invalidaria as evidências estatísticas das relações encontradas, não pode ser descartada, quando não foram consideradas as possíveis influências de outras variáveis nas análises estatísticas realizadas.

### 5.2.3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 3

O terceiro objectivo desta investigação dizia respeito à ampliação do conhecimento acerca das relações de alguns factores de natureza sócio-demográfica, psico-afectiva e obstétrica, nomeadamente, a idade, a nacionalidade, a paridade, o estado civil, a escolaridade, o rendimento mensal familiar, a história obstétrica, a percepção do próprio estado de saúde, a percepção do suporte social do companheiro e a percepção do suporte social materno, com a ligação materno-fetal das mulheres grávidas, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez. Para tal foram testadas as hipóteses 13 à 22, não tendo sido confirmadas, para a amostra em estudo, as hipóteses 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21 e 22 referentes à associação da ligação materno-fetal com a idade, nacionalidade, paridade, estado civil, história obstétrica, percepção do próprio estado de saúde, percepção do suporte social do companheiro e percepção do suporte social materno. O que pode ser constatado nos resultados dos testes das hipóteses e, para as cinco primeiras variáveis, através da semelhança dos valores das médias e medianas da ligação materno-fetal nos diferentes grupos de classificação para cada uma das variáveis (Quadros 23, 24, 25, 26 e 29) que, juntamente com os valores não muito elevados de erro padrão encontrados para cada um dos grupos, reduzem significativamente a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo II.

No que respeita à Hipótese 17, foram encontradas uma fraca associação linear estatisticamente significativa entre a escolaridade e a ligação materno-fetal das mulheres grávidas participantes neste estudo e, através de um teste *T de Student*, uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de mulheres grávidas, participantes neste estudo, com menos do que o 12º ano completo de escolaridade e o grupo de mulheres grávidas, participantes neste estudo, com o curso superior completo, no que se refere à ligação materno-fetal das mesmas. Entretanto, não foram encontradas diferenças entre os demais grupos ( $p = 0,056$  entre os grupos de mulheres grávidas com menos do que o 12º ano completo e com até ao 12º ano completo de escolaridade e  $p = 0,878$  entre os grupos de mulheres grávidas com até ao 12º ano completo de escolaridade e com o nível superior completo de escolaridade), o que pode ter ocorrido, no primeiro destes casos, devido a um erro do tipo II, causado pelo tamanho da amostra e pelo consequente aumento do erro padrão relativo ao grupo de mulheres com até ao 12º ano completo de escolaridade (Quadro 27 e Gráfico 21).

Através dos testes da Hipótese 18 foram encontradas uma moderada associação linear positiva estatisticamente significativa entre a ligação materno-fetal e o escalão de rendimento mensal familiar das mulheres grávidas participantes no estudo e uma diferença estatisticamente significativa entre os valores médios da ligação materno-fetal dos grupos de mulheres grávidas, participantes no estudo, com rendimento mensal familiar de menos de €1000,00, cujo valor médio encontrado para a ligação materno-fetal foi de 3,7720, e de €1000,00 ou mais, cujo valor médio encontrado para a ligação materno-fetal foi de 4,1288 (Quadro 28 e Gráfico 22).

### **5.2.3.1 Comparação dos resultados referentes ao objectivo 3 com a literatura**

De facto: Grace (1989) relata, em um estudo longitudinal com 69 mulheres, que os níveis de ligação materno-fetal não estão associados com a maioria das variáveis demográficas da mãe, com excepção da paridade, que demonstrou uma associação negativa; Kem e Page (1987), citados por Grace (1989, p. 228), também não confirmaram a influência da idade materna na ligação materno-fetal; e Mendes (2002), no estudo realizado em Portugal, encontrou, não uma associação estatisticamente significativa, mas uma tendência para as grávidas com menor grau de instrução apresentarem pontuações de ligação materno-fetal mais baixas, sendo o grupo com grau de instrução secundário o que obteve médias mais elevadas.

No entanto: Cranley (1981) encontrou associação positiva entre os níveis de ligação materno-fetal e o suporte social percebido pela mulher; Koniak-Griffin (1988), citado por Grace (1989, p. 228), encontrou uma fraca relação entre o suporte social e a ligação materno-fetal de grávidas adolescentes primíparas; Wayland e Tate (1993), citado por Beck (1999, p. 28), encontraram uma significativa correlação entre os níveis de ligação materno-fetal de 61 adolescentes americanas (hispânicas, africanas e caucasianas) e a percepção de suas relações com suas mães e com os pais da criança; Kem e Page (1987) e Mercer *et al.* (1988), citados por Grace (1989, p. 228) e Mendes (2002), em seu estudo realizado em Portugal, não confirmaram a influência da categoria sócioeconómica materna na ligação materno-fetal; Kem e Page (1987) e Mercer *et al.* (1988), citados por Grace (1989, p. 228), não confirmaram a influência do grau de instrução na ligação materno-fetal; e Mendes (2002) encontrou, no estudo realizado em

Portugal, não uma correlação mas uma certa tendência para a diminuição dos *scores* de ligação materno-fetal das grávidas à medida que a idade avança.

### **5.2.3.2. Conclusões acerca dos resultados referentes ao objectivo 3**

Portanto, não há evidência estatisticamente significativa da relação entre a ligação materno-fetal das mulheres grávidas, participantes neste estudo, e a idade, nacionalidade, paridade, estado civil, história obstétrica, percepção do próprio estado de saúde, percepção do suporte social do companheiro e percepção do suporte social materno das mesmas; existe evidência estatisticamente significativa de que os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, participantes neste estudo, com o nível superior completo de escolaridade são maiores do que os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas participantes neste estudo com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, tendo sido constatada alguma evidência de que estas diferenças ocorram entre as referidas mulheres grávidas participantes neste estudo com menos do que 12º ano completo de escolaridade e com o 12º ano completo ou mais de escolaridade, embora esta evidência não tenha sido confirmada com resultados estatisticamente significativos; existe evidência estatisticamente significativa de que os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, participantes neste estudo, pertencentes a um escalão de rendimento mensal familiar igual ou superior a €1000,00 sejam superiores aos níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas, participantes neste estudo, pertencentes a um escalão de rendimento mensal familiar inferior a €1000,00.

Entretanto, a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo I, que invalidaria a evidência estatística das relações encontradas, não pode ser descartada, quando não foram consideradas as possíveis influências de outras variáveis nas análises estatísticas realizadas.

### **5.2.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 4**

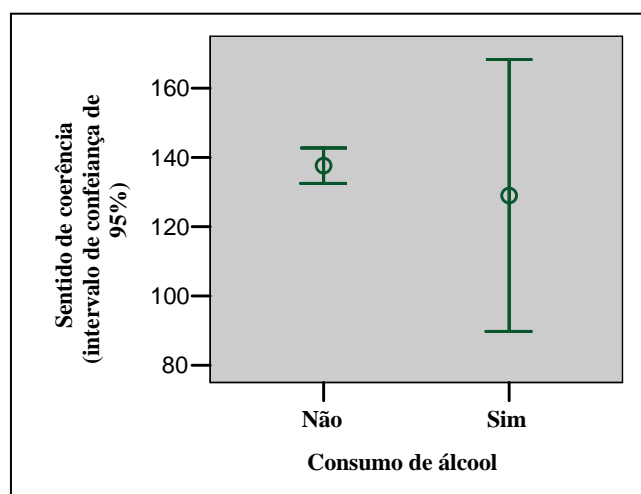
O quarto objectivo desta investigação dizia respeito à identificação de uma possível associação entre o sentido de coerência e o estilo de vida da mulher grávida representado pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso durante a gravidez. Para



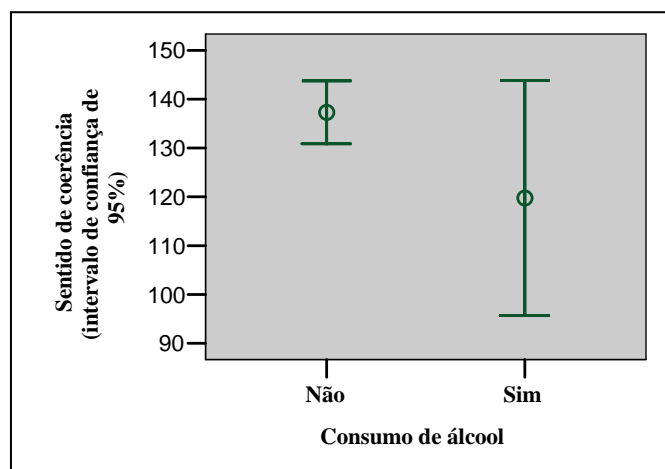
tal foram testadas as hipóteses 23 à 28, não tendo sido confirmadas, para amostra em estudo, em ambos os momentos de colheita de dados, as hipóteses 23, 24, 26, 27 e 28. O que pode ser observado nos resultados dos testes das hipóteses e através da semelhança dos valores das médias e medianas do sentido de coerência nos diferentes grupos de classificação para cada uma das variáveis representantes do estilo de vida (Quadros 30, 32, 33 e 34) que, juntamente com os valores não muito elevados de erro padrão encontrados para cada um dos referidos grupos, reduzem significativamente a possibilidade de ocorrência um erro do tipo II.

Entretanto, a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo II, como consequência do tamanho da amostra, no teste das Hipótese 25, para ambos os momentos de colheita de dados, não deve ser descartada. Embora não seja seguro tirar conclusões a partir de um teste que considerou um grupo com apenas 4 mulheres para cada um dos dois momentos de colheita de dados, é possível notar, principalmente no momento 2, uma diferença grande entre os valores médios do sentido de coerência das mulheres grávidas que não consumiram álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados (137,61 e 137,30 para os momentos 1 e 2, respectivamente) e das mulheres grávidas que consumiram álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados (129 e 119,75 para os momentos 1 e 2, respectivamente), bem como um erro padrão muito elevado para os grupos de mulheres grávidas que consumiram álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados (12,366 no momento 1 e 7,565 no momento 2), o que pode ser bem visualizado nos Gráficos 23 e 24, apresentados a seguir, e no Quadro 31.

**Gráfico 23. Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, que referiram consumo de álcool e que não referiram consumo de álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez (n=61)**



**Gráfico 24. Valores do sentido de coerência, num intervalo de confiança de 95%, encontrados para os grupos de mulheres grávidas, que referiram consumo de álcool e que não referiram consumo de álcool nas duas semanas anteriores à colheita de dados, entre a 20<sup>a</sup> e a 24<sup>a</sup> semanas de gravidez (n=41)**



#### 5.2.4.1 Comparação dos resultados referentes ao objectivo 4 com a literatura

Os poucos estudos descritos na literatura que procuraram estabelecer uma relação entre o SCO e os comportamentos relevantes para a saúde não permitem que sejam estabelecidas conclusões acerca desta relação devido às limitações metodológicas que apresentam. No entanto, alguns revelam indícios da sua existência.

Segundo o relatório do Federal Centre For Health Education (1999, p. 46-47): no estudo de Bös e Woll (1994) pessoas mais velhas com um SCO mais elevado faziam mais exercício do que aquelas com um SCO mais baixo, o que não aconteceu para as pessoas mais jovens; no estudo de Franke, Elsesser, Algermissen e Siltzler (1997) os valores de SCO eram mais elevados nas mulheres que não tinham problemas com drogas do que naquelas que tinham; Frenz, Carey e Jorgensen (1993), no entanto, não encontraram tal relação relativamente ao consumo de álcool; Gallagher *et al.* (1994) encontraram relação entre baixos níveis de SCO e comportamentos nocivos à saúde, utilizados como estratégias de *coping* por profissionais de saúde; e Becker *et al.* (1996), não encontraram correlação entre o SCO e a prática de exercício intenso e encontraram correlações significativas, porém não muito fortes, entre o SCO e hábitos alimentares e de sono saudáveis.

Kuuppelomäki e Utriainen (2003) não encontraram relação entre o consumo de álcool e de tabaco e os níveis de SCO entre 287 estudantes universitários na Finlândia, mas

encontraram associação entre um forte SCO e a prática frequente de actividade física (mais de 3 vezes por semana). Contudo, mudanças relativas ao consumo de álcool e tabaco e à prática de actividade física, ocorridas num período de *follow-up* de 3 anos em 63 destes estudantes, não tiveram qualquer associação com mudanças no SCO dos mesmos.

Já Midanik *et al* concluíram, através de análises multivariadas com controlo das características demográficas, que os indivíduos pertencentes a um grupo de consumidores moderados de álcool, que não reportaram problemas relacionados ao álcool nem embriaguez no ano anterior (419 indivíduos entre os 60 e os 66 anos), possuíam níveis de SCO significativamente maiores dos que os indivíduos pertencentes a um grupo de consumidores frequentes de álcool, que reportaram, pelo menos, um tipo de problema relacionado ao álcool e, pelo menos, uma embriaguez no ano anterior (107 indivíduos entre os 60 e os 66 anos). Entretanto, os próprios autores alertam para o facto de que o referido estudo possui algumas limitações, entre elas, a utilização de uma escala de avaliação do SCO de apenas 9 itens e a restrição da amostra a indivíduos entre os 60 e os 66 anos.

Lindmark *et al.* (2005, p. 2) citam alguns estudos que serviram de base teórica em sua investigação que visava estabelecer uma relação entre o SCO e padrões alimentares: Freire, Sheiham e Hardy (2001) encontraram relação entre baixos níveis de SCO e maior consumo de sacarose entre adolescentes; Björvell *et al.* (1994) encontraram relação entre níveis moderados a baixos de SCO e a pouca capacidade de mudança de hábitos alimentares e perda de peso entre indivíduos com excesso de peso; e Sandén-Eriksson (2000) encontrou um melhor controlo da glicose sanguínea em diabéticos do tipo 2 com altos níveis de SCO.

Os resultados encontrados por Lindmark *et al.* (2005) no referido estudo corroboraram os resultados dos estudos citados pelos autores. Em seu estudo, homens e mulheres com níveis de SCO pertencentes ao quartil superior reportaram escolhas alimentares mais saudáveis quando comparados com os homens e mulheres com níveis de SCO pertencentes ao quartil inferior.

Para Antonovsky (1987, p. 153), as pessoas com um elevado SCO possuem uma menor tendência para adoptar estratégias de *coping* inapropriadas, como o uso de drogas ou o não cumprimento das recomendações terapêuticas, do que aquelas com níveis mais baixos de SCO. Entretanto, o autor salienta a importância de levar-se em consideração as variáveis passíveis de influenciar directamente os estilos de vida dos indivíduos numa análise da influência do SCO nos mesmos.

#### **5.2.4.2. Conclusões acerca dos resultados referentes ao objectivo 4**

Portanto: não há evidência estatisticamente significativa da relação entre o sentido de coerência das mulheres grávidas participantes neste estudo e os hábitos alimentares, o consumo de cafeína, o consumo de tabaco, a prática regular de actividade física e o ganho de peso gestacional das mesmas; ainda que não tenha sido encontrada nenhuma evidência estatisticamente significativa acerca da relação entre o consumo de álcool durante a gravidez e o sentido de coerência das mulheres grávidas participantes neste estudo, parece haver alguma evidência de que as mulheres grávidas que consumiram álcool possuíam valores de sentido de coerência inferiores aos das mulheres grávidas que não consumiram álcool. É importante ressaltar que, no caso da relação entre o sentido de coerência e o consumo de álcool durante a gravidez, havia apenas 4 mulheres nos grupos que referiram consumo de álcool e não é prudente retirar conclusões a partir de grupos de tamanho tão reduzido.

Entretanto, a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo I, que invalidaria uma possível evidência estatística desta relação hipotética, não pode ser descartada quando não foram consideradas as possíveis influências de outras variáveis na análise estatística realizada.

#### **5.2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 5**

O quinto objectivo desta investigação dizia respeito à identificação de uma possível associação entre a ligação materno-fetal e o estilo de vida da mulher grávida, representado pelos hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, hábitos tabágicos, prática regular de actividade física e ganho de peso durante a gravidez. Para tal foram testadas as hipóteses 29 à 34, não tendo sido confirmadas, para a amostra em estudo, nenhuma destas hipóteses. O que pode ser observado nos resultados dos testes

das hipóteses e através da semelhança dos valores das médias e medianas da ligação materno-fetal para os grupos (Quadros 35, 36, 37, 38 e 39) que, juntamente com os valores não muito elevados de erro padrão encontrados para cada um dos grupos das respectivas variáveis, reduzem significativamente a possibilidade de ocorrência de um erro do tipo II.

#### **5.2.5.1 Comparação dos resultados referentes ao objectivo 5 com a literatura**

Não foram encontrados na literatura estudos que procurassem avaliar a relação entre a ligação materno-fetal e os estilos de vida das mulheres durante a gravidez. Somente Brockington (1996, p. 70-71) faz referência aos danos que podem ser causados ao feto de uma mãe com baixo nível de ligação materno-fetal, já que a mesma pode tomar atitudes que o causem mal. Este mesmo autor acredita que a ligação materno-fetal possa ser um dos prováveis preditores dos comportamentos de saúde.

#### **5.2.5.2. Conclusões acerca dos resultados referentes ao objectivo 5**

Portanto, não há evidência estatisticamente significativa da relação entre a ligação materno-fetal das mulheres grávidas participantes neste estudo e os hábitos alimentares, o consumo de cafeína, o consumo de álcool, o consumo de tabaco, a prática regular de actividade física e o ganho de peso gestacional das mesmas.

### **5.2.6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO OBJECTIVO 6**

O sexto objectivo desta investigação dizia respeito à identificação de uma possível associação entre o sentido de coerência da mulher grávida e a ligação materno-fetal. Para tal foi testada a hipótese 35, não tendo sido confirmada, para a amostra estudada, por um teste de correlação.

#### **5.2.6.1 Comparação dos resultados referentes ao objectivo 6 com a literatura**

Não foram encontrados na literatura estudos que pudessem corroborar ou confrontar este resultado.

#### **5.2.6.2. Conclusões acerca dos resultados referentes ao objectivo 6**

Portanto, não há evidência estatisticamente significativa da relação entre o sentido de coerência e a ligação materno-fetal das mulheres grávidas participantes neste estudo.

## SEXTO CAPÍTULO

### 6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A hipótese de que a gravidez possa ser uma das experiências de vida, sugeridas por Antonovsky, capazes de promover mudanças subtis e temporárias no sentido de coerência das mulheres não foi confirmada para a amostra de 61 mulheres grávidas que participaram neste estudo, cujos valores de sentido de coerência, auferidos até à 15ª semana de gravidez e entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, foram comparados entre si e com os valores do sentido de coerência de 61 mulheres não grávidas com características idênticas às das mulheres grávidas no que respeita a faixa etária, à escolaridade e à nacionalidade. Entretanto, o carácter preliminar destes resultados, devido às limitações metodológicas do estudo, e à escassez de estudos descritos na literatura, faz com que seja prudente a realização de estudos de *follow-up*, com amostras de maiores dimensões, aleatórias e representativas da população, para que sejam estabelecidas quaisquer conclusões acerca desta questão que, se for confirmada e devidamente trabalhada, pode representar um ponto de viragem na vida das mulheres e uma mais valia para o início da vida dos seus filhos. Neste sentido, faz-se necessária ainda a realização de estudos semelhantes que analisem a relação entre o sentido de coerência dos pais e o sentido de coerência dos filhos, uma vez que Antonovsky acreditava também que, quanto mais forte o sentido de coerência dos pais, maior a capacidade dos mesmos de proporcionarem aos seus filhos experiências de vida consistentes, equilibradas, participativas e valorizadas, formadoras de um forte sentido de coerência.

No que respeita à relação entre alguns factores de natureza sócio-demográfica, psico-afectiva e obstétrica e o sentido de coerência das 61 mulheres grávidas participantes neste estudo, não foram confirmadas tais relações para a nacionalidade, a paridade, a história obstétrica, a percepção do suporte social do companheiro e a percepção do suporte social materno. Relativamente à faixa etária e ao estado civil, somente no momento 1 de colheita de dados, até à 15ª semana de gravidez, os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas adultas foram superiores aos das mulheres grávidas jovens e os das mulheres grávidas casadas ou a viverem maritalmente foram superiores

aos das mulheres grávidas solteiras, separadas ou divorciadas. Estas diferenças não foram encontradas para o momento 2, entre a 20ª e a 24ª semanas de gravidez, o que expõe as fragilidades já descritas do estudo. No entanto, foi encontrada evidência estatisticamente significativa de que os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas com o nível superior completo de escolaridade eram maiores do que os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas com até ao 12º ano completo de escolaridade e foi também encontrada alguma evidência estatística de que os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas pertencentes a um escalão de rendimento mensal familiar igual ou superior a €2000,00 fossem superiores aos níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas pertencentes a um escalão de rendimento mensal familiar inferior a €2000,00, embora esta evidência tenha sido estatisticamente significativa somente para o primeiro momento de colheita de dados. Sem deixar de ressaltar o carácter preliminar destes resultados e a necessidade de realização de estudos de *follow-up*, com amostras aleatórias representativas da população que permitam a aplicação de análises multivariadas, para a limitação da ocorrência de erros, parece importante, de acordo com estes resultados e com a literatura revista, ter em conta a possível influência das variáveis – faixa etária, estado civil, escolaridade e rendimento mensal familiar – em qualquer estudo que procure analisar a relação entre o sentido de coerência e outras variáveis. Cabe salientar a importância, em termos de sociologia da saúde, da relação encontrada neste estudo, ainda que somente no momento 1 de colheita de dados, entre o sentido de coerência e o estado civil das mulheres grávidas, que merece lugar em futuras investigações que aprofundem o tema.

Além disso, corroborando o que aparece amplamente descrito na literatura, foi encontrada uma evidência estatisticamente significativa de que os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas, participantes neste estudo, se correlacionam com a percepção do próprio estado de saúde destas mulheres. Acerca desta relação, os níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas que possuíam uma percepção negativa ou média do seu estado de saúde eram inferiores aos níveis de sentido de coerência das mulheres grávidas que possuíam uma percepção positiva do seu estado de saúde. No entanto, a natureza transversal deste estudo, a não averiguação da interferência de outras variáveis e a limitação da dimensão e do método de selecção da amostra não permitem o estabelecimento de relações de causalidade entre estas duas variáveis e a inferência



destes resultados para a população, sendo necessários estudos de *follow-up*, com amostras aleatórias representativas da população, para que se estabeleçam tais conclusões, que poderiam evidenciar as propriedades salutogénicas do sentido de coerência.

Para a ligação materno-fetal, envolvida neste estudo por poder representar um dos factores capazes de se relacionar com o sentido de coerência e com os estilos de vida das mulheres grávidas, não foram encontradas, na amostra de 41 mulheres grávidas que participaram no segundo momento de colheita de dados deste estudo, relações estatisticamente significativas com a idade, nacionalidade, paridade, estado civil, história obstétrica, percepção do próprio estado de saúde, percepção do suporte social do companheiro e percepção do suporte social materno. Porém, foi encontrada evidência estatisticamente significativa de que os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, participantes nesta etapa do estudo, com o nível superior completo de escolaridade eram maiores do que os das mulheres grávidas, participantes nesta etapa do estudo, com menos do que o 12º ano completo de escolaridade, tendo sido constatada alguma evidência de que estas diferenças ocorressem entre as referidas mulheres grávidas com menos do que 12º ano completo de escolaridade e com o 12º ano completo ou mais de escolaridade. Outra evidência estatisticamente significativa constatada foi de que os níveis de ligação materno-fetal das mulheres grávidas, participantes nesta etapa do estudo, pertencentes a um escalão de rendimento mensal familiar igual ou superior a €1000,00 eram superiores aos das mulheres grávidas, participantes nesta etapa do estudo, pertencentes a um escalão de rendimento mensal familiar inferior a €1000,00. Mais uma vez, como para o sentido de coerência, é de ressaltar o carácter preliminar destes resultados e a escassez de estudos descritos na literatura que permitam o estabelecimento de quaisquer conclusões. Os poucos estudos encontrados na literatura não confirmaram relações estatisticamente significativas entre a escolaridade e o rendimento familiar e a ligação materno-fetal, pelo que os presentes resultados podem servir para restabelecer a importância da presença destas variáveis em estudos que envolvam a ligação materno-fetal.

Por fim, a possibilidade da existência de uma relação entre o sentido de coerência e a ligação materno-fetal não foi confirmada para as 41 mulheres grávidas que participaram no segundo momento de colheita de dados deste estudo, entre a 20ª e a 24ª semanas de

gravidez. Também não foram confirmadas, para a amostra de 61 mulheres grávidas participantes neste estudo, as hipotéticas relações entre o sentido de coerência e os comportamentos que representavam os estilos de vida das mulheres grávidas – hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, consumo de tabaco, prática regular de actividade física e ganho de peso gestacional. Do mesmo modo, não foram confirmadas, para a amostra de 41 mulheres grávidas que permaneceram na segunda etapa deste estudo, as hipotéticas relações entre a ligação materno-fetal e os comportamentos que representavam os estilos de vida das mulheres grávidas – hábitos alimentares, consumo de cafeína, consumo de álcool, consumo de tabaco, prática regular de actividade física e ganho de peso gestacional. Entretanto, ainda que não tenha sido encontrada nenhuma evidência estatisticamente significativa acerca da relação entre o consumo de álcool durante a gravidez e o sentido de coerência das mulheres grávidas participantes neste estudo, parece haver alguma evidência de que as mulheres grávidas que consumiram álcool possuíam valores de sentido de coerência inferiores aos das mulheres grávidas que não consumiram álcool, o que merece ser averiguado em estudos mais robustos. Neste momento, mais uma vez, há que salvaguardar o carácter preliminar dos resultados encontrados nos testes das hipóteses, devido ao desenho do estudo, ao critério não probabilístico de selecção da amostra e ao tamanho bastante reduzido da mesma, o que impossibilita a inferência para a população e aumenta bastante a possibilidade da ocorrência de erros. São necessários estudos de *follow-up*, com amostras probabilísticas representativas da população, para que os resultados mereçam mais credibilidade.

Como último ponto de observação, é importante lembrar que, para Antonovsky (1987, p. 124), seria utópico esperar que um encontro entre o profissional de saúde e o paciente, ou ainda uma série deles, possa alterar significativamente e definitivamente o sentido de coerência. No entanto, pode-se esperar desses encontros e dos grupos de apoio a determinados pacientes que elevem subtilmente e temporariamente ou, ainda, que não permitam a diminuição do sentido de coerência dos indivíduos. Mas, sem dúvida, a maneira mais importante de se modificar consistentemente o sentido de coerência de forma planeada é fazer com que os indivíduos busquem, incansavelmente, experiências fortalecedoras do sentido de coerência, ao invés de, simplesmente, repetirem o padrão de experiências típico de suas vidas. Todavia, esta é uma tarefa

bastante difícil, uma vez que não se pode controlar as situações de vida que condicionam as experiências de um indivíduo (Antonovsky, 1987). Sendo assim, caso venham a ser confirmadas a influência do sentido de coerência dos pais no sentido de coerência dos filhos, a relação entre o sentido de coerência e a gravidez, a relação entre o sentido de coerência e a ligação materno-fetal e a relação entre cada um destes constructos e a adopção de determinados comportamentos durante a gravidez, será reforçada a importância dos mesmos no desenvolvimento de intervenções efectivas no âmbito da promoção da saúde, que deverão ter em conta as considerações acima descritas.

## BIBLIOGRAFIA

ABRAHAMSSON, Agneta; EJLERTSSON, Göran – **A salutogenic perspective could be of practical relevance for the prevention of smoking amongst pregnant women.** *Midwifery*. 18 : 4 (2002 Dec) 323-31.

ABRAMS, B.; CARMICHAEL, S.; SELVIN, S. – **Factors associated with the pattern of maternal weight gain during pregnancy.** *Obstetrics & Gynaecology*. 86:2 (1995)170-6. Abstract.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE – **Guidelines for exercise testing and prescription.** 4<sup>th</sup> ed.. Philadelphia: Lea & Febiger, 1991. 301

ANDERSON, Linnea, et al. – **Nutrição.** 17<sup>a</sup> ed.. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988. 737

ANTONIAZZI, Adriane; DELL’AGLIO, Débora; BANDEIRA, Denise – **O conceito de coping: uma revisão teórica.** *Estudos de Psicologia*. 3:2 (1998) 273-294.

ANTONOVSKY, Aaron – **Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events.** In DOHRENWEND, Barbara; DOHRENWEND, Bruce – *Stressful life events: their nature and effects*. New York: Wiley, 1974. 245-258.

ANTONOVSKY, Aaron – **Unraveling the mystery of health.** San Francisco: Jossey-Bass, 1987. 187

ANTONOVSKY, Aaron – **The structure and properties of the sense of coherence scale.** *Social Science and Medicine*. 36:6 (1993a) 725-733.

ANTONOVSKY, Aaron – **Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility.** *Social Science and Medicine*. 37:8 (1993b) 969-974.

ANTONOVSKY, Aaron – **Rejoinder.** *Social Science and Medicine*. 37:8 (1993c) 980-981.

BANDURA, Albert – **Health promotion by social cognitive means.** *Health Education & Behaviour.* 31:2 (2004) 143-164.

BARIC, Leo – **Health promotion and health education: handbook for students and practitioners.** 1<sup>st</sup> ed. Altrincham: Barns Publications, 1996.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖM, T. – **Epidemiologia básica.** Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.

BECK, Cheryl – **Available instruments for research on prenatal attachment and adaptation to pregnancy.** *The American Journal of Maternal/ Child Nursing.* 24:1 (1999) 25-32.

BLOOM, Kathaleen – **The development of attachment behaviours in pregnant adolescents.** *Nursing Research.* 44:5 (1995) 284-289.

BOLUMAR, Francisco, et al. – **Smoking and drinking habits before and during pregnancy in Spanish women.** *Journal of Epidemiology and Community Health.* 48:1 (1994) 36-40.

BRACKEN, Michael, et al. – **Association of maternal caffeine consumption with decrements in fetal growth.** *American Journal of Epidemiology.* 157:5 (2003) 456-466.

CANAVARRO, Maria; MOURA, José – **Prefácio.** In MENDES, Isabel – *Ligação materno-fetal: contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento.* Coimbra: Quarteto, 2002. 13-14.

CARMEL, Sara, et al. – **Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz.** *Social Science and Medicine.* 32:10 (1991) 1089-1991.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela – **Metodologia da investigação: guia para auto-aprendizagem.** Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

CRANLEY, Mecca – **Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy.** *Nursing Research.* 30: 5 (1981) 281-284.

CRESWELL, John – **Research design: qualitative and quantitative approaches**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1994.

DE LA CHICA, Rosa, et al. – **Chromosomal instability in amniocytes from fetuses of mothers who smoke**. *Journal of the American Medical Association*. 293:10 (2005) 1212-1222.

DEMARINI, David; PRESTON, Julian – **Smoking while pregnant: transplacental mutagenesis of the fetus by tobacco smoke**. *Journal of the American Medical Association*. 293:10 (2005) 1264-1265.

DESPACHO nº 1916/2004. «Diário da República. II Série.» 28 (2004-01-28) 1492 – 1496.

DETELS, Roger; BRESLOW, Lester – **Current scope and concerns in public health**. In DETELS, Roger, et al. – *Oxford textbook of public health*. 4<sup>th</sup> ed. Oxford: Oxford University Press, 2002. 3-20.

ENGELHARD, Iris; van den HOUT, M; VLAEYEN, J – **The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study**. *Behavioural Medicine*. 29:2 (2003) 80-4.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNITED NATIONS UNIVERSITY – **Human energy requirements: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation, Rome, 17-24 October 2001**. Washington, DC: FAO, 2001. (Food and Nutrition Technical Report Series; 1) [Consult. 25.09.2005]. Disponível em <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5686e/y5686e00.pdf>

FEDERAL CENTRE FOR HEALTH EDUCATION – **What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health**. Koln: FCHE, 1999.

FERREIRA, Francisco – **Moderna saúde pública**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

FERREIRA, Lopes; MARQUES, Francisco – **Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais.** Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra, 1998. (Documento de Trabalho;1).

FORBES, Dorothy - **Enhancing mastery and sense of coherence: important determinants of health in older adults.** *Geriatric Nursing*. 22:1 (2001) 29-32.

FORD, R.; SCHLUTER, P.; MITCHELL, E.; TAYLOR, B.; SCRAGG, R.; STEWART, A. - **Heavy caffeine intake in pregnancy and sudden infant death syndrome.** *Archives of Disease in Childhood*. 78:9 (1998) 9-13.

FRANCO, Guilherme – Tabela de composição química dos alimentos. 9ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1992.

GEYER, Siegfried. – **Some conceptual considerations on the sense of coherence.** *Social Science and Medicine*. 44:12 (1997) 1771-1779.

GOULART, Rita, et al. – **Novas recomendações nutricionais para gestante.** *Nutrição em pauta*. 45 (2000) 11-17.

GRACE, Jeanne – **Development of maternal-fetal attachment during pregnancy.** *Nursing Research*. 38:4 (1989) 228-232.

GUNNING-SCHEEPERS, Louise – **Public health at the turn of the 20<sup>th</sup> century, Europe coming of age.** In KIRCH, Wilhelm – Public health in Europe: 10 years EUPHA. Berlin: Springer, 2004. 3-8.

HEIDRICH, Susan; CRANLEY, Mecca – **Effect of fetal movement, ultrasound scans, and amniocentesis on maternal-fetal attachment.** *Nursing Research*. 38:2 (1989) 81-84.

INFANTE-RIVARD, Claire, et al. – **Fetal loss associated with caffeine intake before and during pregnancy.** *Journal of the American Medical Association*. 270:24 (1993) 2940-2943.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, ALMA-ATA (1978) – **Declaration of Alma-Ata**. [Consult. 23.04.2005]. Disponível em [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

INTERNATIONAL OBESITY TASK FORCE – **European prevalence**. [Consult. 06.06.05]. Disponível em <http://www.ionf.org/database/>.

JUARBE, Teresa; LIPSON, Juliene; TUROK, Xiomara – **Physical activity beliefs, behaviours, and cardiovascular fitness of Mexican immigrant women**. *Journal of Transcultural Nursing*. 14:2 (2003) 108-116.

KIVIMÄKI, Mika, et al. – **Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples**. *Social Science and Medicine*. 50 (2000) 583-597.

KUUPPELOMÄKI, Merja; UTRIAINENB, Pekka - **A 3 year follow-up study of health care students'sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors**. *International Journal of Nursing Studies*. 40 (2003) 383–388.

LALONDE, Marc - **The Andrew Pattullo lecture. Health Services Managers or Managers of Health?** *The Journal of Health Administration Education*, 6:1 (1988) 71-83.

LAWSON, Christina; LEMASTERS, Grace; LEVIN, Linda; LIU, James – **Pregnancy hormone metabolite patterns, pregnancy symptoms, and coffee consumption**. *American Journal of Epidemiology*. 156: 5 (2002) 428-437.

LINDMARK, Ulrika, et al. – **Food selection associated with sense of coherence in adults**. *Nutrition Journal*. 4:9 (2005). [Consult. 23.04.2005]. Disponível em <http://www.nutritionj.com/content/pdf/1475-2891-4-9.pdf>

LU, Ying; TONG, Shilu; OLDENBURG, Brian – **Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy**. *Health Promotion International*. 16:4 (2001) 355-65.



MATOS, M., *et al.* – **A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois): relatório português do estudo HBSC 2002.** Lisboa: Edições FMH, 2003.

MAHAN, L. Kathleen; ARLIN, Marian – **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia.** 8ª ed. São Paulo: Roca, 1994.

MELLO, Maria Lucília; BARRIAS, José; BREDÁ, João – **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal.** Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001.

MENDES, Isabel – **Ligação materno-fetal: contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento.** Coimbra: Quarteto, 2002.

MIDANIK, Lorraine; SOGHKIAN, Krikor; RANSOM, Laura; PÓLEN, Michael – **Alcohol problems and sense of coherence among older adults.** *Social Science and Medicine.* 34:1 (1992) 43-48.

MÜLLER, Mary; FERKETICH, Sandra – **Factor analysis of the maternal fetal attachment scale.** *Nursing Research.* 42:3 (1993) 144-147.

NUNES, Luís – **A prescrição da actividade física.** Lisboa: Caminho, 1999.

OGDEN, Jane – **Psicologia da saúde.** 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2004.

PEACOCK, Janet; MARTIN BLAND, J.; ROSS ANDERSON, H. – **Preterm delivery: effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking, alcohol, and caffeine.** *British Medical Journal.* 311 (1995) 531-536.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.** 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003.

PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Convite do director-geral da saúde para celebrar o dia mundial da saúde.** [Em linha]. (2005) [Consult. 05.06.2005]. Disponível em <http://www.dgsaude.pt/>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE – **Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999.** Lisboa: INSA, 2001.

PORTUGAL. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Saúde que rupturas? Relatório de Primavera 2003**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2003.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Volume 1 - Prioridades**. Lisboa: Portugal. Ministério da Saúde. [Em linha]. (2004a). [Consult. 16.05.2005]. Disponível em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006756.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Volume 2 - Orientações estratégicas**. Lisboa: Portugal. Ministério da Saúde. [Em linha]. (2004b). [Consult. 16.05.2005]. Disponível em <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006176.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Programa nacional de combate à obesidade**. Lisboa: Portugal. Ministério da Saúde, 2004c.

RIBEIRO, José – **Investigação e avaliação em psicologia da saúde**. Lisboa: CLIMEPSI, 1999.

SABOGA NUNES, Luís – **Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do *stress*: introduzindo o conceito do sentido interno de coerência**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 16:4 (1998) 25-30.

SABOGA NUNES, Luís - **O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida. Volume 1**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. Tese de Mestrado.

SALISBURY, Amy, et al. - **Maternal-fetal attachment**. *Journal of American Medical Association*. 289:13 (2003) 1701.

SERRANO, Pedro – **Redacção e apresentação de trabalhos científicos**. Lisboa: Relógio d'água, 1996.

SERVIÇO DE HIGIENE E EPIDEMIOLOGIA. FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO – **Questionário de frequência alimentar**. [Consult. 25.09.2005]. Disponível em <http://higiene.med.up.pt/freq.php>

SIEGRIST, Johannes – **Sense of coherence and sociology of emotions**. *Social Science and Medicine*. 37:8 (1993) 978-979.

SJÖSTRÖM, Helga; LANGIUS-EKLÖF, Ann; HJERTBERG, Ragnhild – **Well-being and sense of coherence during pregnancy**. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 83 (2004) 1112-1118.

STEPHENS, C. – **Perception of pregnancy and social support as predictors of alcohol consumption during pregnancy**. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 9:4 (1985) 344-348. Abstract.

STOTTS, A., et al. – **Tobacco, alcohol and caffeine use in a low-income pregnant population**. *Journal of Obstetrics Gynaecology*. 23:3 (2003) 247-251. Abstract.

THOMPSON, Frances; BYERS, Tim – **Dietary assessment resource manual**. *Journal of Nutrition*. 124 (1994) 2245S-2317S.

TOLSTRUP, J., et al. – **Does caffeine and alcohol intake before pregnancy predict the occurrence of spontaneous abortion?** *Human reproduction*. 18: 12 (2003) 2704-2710.

TONES, Keith – **Health promotion, health education, and the public health**. In DETELS, Roger, et al. – *Oxford textbook of public health*. Volume 2. 4<sup>th</sup> ed. Oxford: University Press, 2002. 829-864.

UNITED STATES. ORGANIZATION OF TERATOLOGY INFORMATION SERVICES – **Caffeine and pregnancy**. [Em linha]. (2001) [Consult. 05.06.2005]. Disponível em <http://otispregnancy.org/pdf/caffeine.pdf>.

UNITED STATES. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – **The health consequences of smoking: executive summary.** *Surgeon General's Report 2004.* [Em linha]. (2004a). [Consult. 06.06.2005]. Disponível em [http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_2004/pdf/executivesummary.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2004/pdf/executivesummary.pdf)

UNITED STATES. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES; UNITED STATES. ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY – **What You Need to Know About Mercury in Fish and Shellfish.** [Em linha]. (2004b). [Consult. 28.09.2005]. Disponível em <http://www.cfsan.fda.gov/~dms/admehg3.html>

UNITED STATES. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – **United States Surgeon General releases advisory on alcohol use in pregnancy: urges women who are pregnant or who may become pregnant to abstain from alcohol.** [Em linha]. (2005a). [Consult. 06.06.2005]. Disponível em <http://www.hhs.gov/surgeongeneral/pressreleases/sg02222005.html>

UNITED STATES. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. NATIONAL TOXICOLOGY PROGRAM CENTER OF THE EVALUATION OF RISKS TO HUMAN REPRODUCTIVE – **Caffeine.** [Em linha]. (2005b). [Consult. 03.07.2005]. Disponível em <http://cerhr.niehs.nih.gov/genpub/topics/caffeine-ccae.html>

UNITED STATES. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. UNITED STATES. DEPARTMENT OF AGRICULTURE – **Dietary guidelines for Americans 2005.** [Em linha]. (2005c). [Consult. 23.04.2005]. Disponível em <http://www.health.gov/dietaryguidelines/dga2005/document/pdf/DGA2005.pdf>.

WILSTAR. COM – Caffeine content of popular drinks. [Em linha]. (2005). [Consult. 03.07.2005]. Disponível em <http://wilstar.com/caffeine.htm>.

WILLET, Walter – **Food Frequency Methods.** In WILLET, Walter – Nutritional epidemiology. 2<sup>nd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press, 1998. p. 74 – 100.

WILLIAMS, Rebecca - **Healthy pregnancy, healthy baby: exercise, good food, and prenatal care are the keys.** *FDA Consumer Magazine*. [Em linha]. March/April (1999). [Consult. 16.05.2005]. Disponível em [http://www.fda.gov/fdac/features/1999/299\\_baby.html](http://www.fda.gov/fdac/features/1999/299_baby.html).

WISBORG, Kirsten, et al. - **Maternal consumption of coffee during pregnancy and stillbirth and infant death in first year of life: prospective study.** *British Medical Journal*. 326:22 (2003).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Genève – **Ottawa charter for health promotion.** [Em linha]. Genève: World Health Organization, 1986. [Consult. 08.04.2005]. Disponível em [http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827\\_2](http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827_2).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Genève – **Nutrition for health and development: a global agenda for combating malnutrition.** Genève: World Health Organization, 2000. [Consult. 08.06.2005]. Disponível em <http://www.iotf.org/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Genève – **Healthy eating during pregnancy and breastfeeding: booklet for mothers.** Genève: World Health Organization, 2001. [Consult. 08.06.2005]. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e73182.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Genève - **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** [Em linha]. Genève: World Health Organization, 2003a. [Consult. 08.04.2005]. Disponível em [http://www.who.int/nut/documents/trs\\_916.pdf](http://www.who.int/nut/documents/trs_916.pdf).

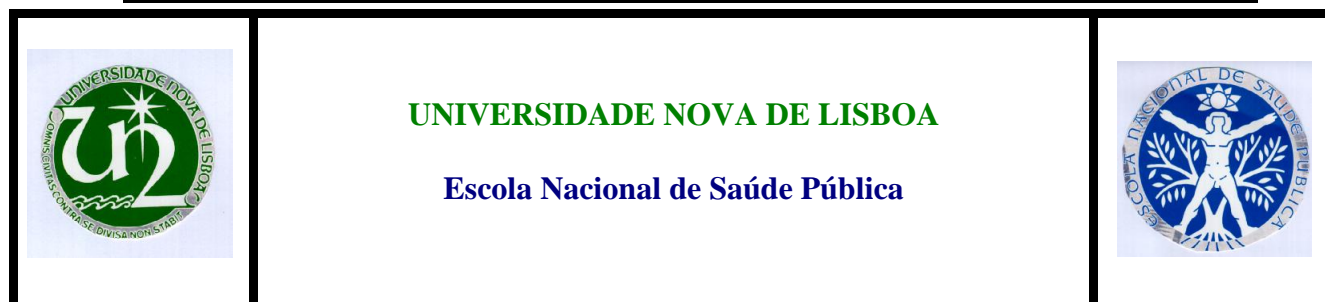
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Genève – **Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001.** [Em linha]. Genève: World Health Organization, 2003b. [Consult. 08.04.2005]. Disponível em [http://www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal\\_care.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal_care.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Genève – **Obesity and overweight.** [Em linha]. Genève: World Health Organization, 2003c. [Consult. 08.04.2005]. Disponível em [http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfes\\_obesity.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsfes_obesity.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION; FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION – **Comunicado de imprensa conjunto da OMS/FAO 32: FAO/WHO iniciam um relatório pericial sobre dieta alimentar, nutrição e prevenção de doenças crônicas.** [Em linha]. (2003). [Consult. 06.06.2005]. Disponível em [http://www.who.int/nut/documents/pr32\\_pt.pdf](http://www.who.int/nut/documents/pr32_pt.pdf).

WORTHINGTON-ROBERTS, Bonnie – **Nutrição durante a gravidez e a lactação.** In MAHAN, L. Kathleen; ARLIN, Marian – Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 8<sup>a</sup> ed. São Paulo: Roca, 1994. 157-182.

## Anexo 1 - Instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 1ª fase da gravidez



**GRUPO:** Grávidas    **Centro de Saúde:** \_\_\_\_\_    **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    **Nº** \_\_\_\_

Exma. Sra.

A gravidez é uma etapa única na vida de uma mulher. São muitas as transformações que ocorrem não só no organismo da grávida como em sua vida quotidiana e de todos os que a cercam. Mudanças psicológicas e sociais devem sempre ser melhor compreendidas para que as intervenções dos diversos profissionais que zelam pelo bem-estar da grávida e do bebé sejam a cada dia mais efectivas.

É para compreender melhor estas mudanças que solicitamos que colabore ao participar no estudo que está a ser desenvolvido no quadro do programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública.

Neste primeiro momento a participação consiste no preenchimento de um questionário (o que leva cerca de 30 minutos). Após a 20ª semana de gravidez solicitar-lhe-emos que nos informe do desenvolvimento da sua gravidez.

De modo a poder viabilizar o contacto no segundo momento de participação solicitamos a sua identificação. No entanto, fique segura de que toda a informação recolhida será reservada exclusivamente ao estudo, estando assim garantida a confidencialidade da mesma.

Não há respostas certas para as perguntas que seguirão, por isso responda com toda a sinceridade.

Agradeço desde já a sua valiosa colaboração.

Gisele Carvalho

1 Nome: _____	
2 Data de nascimento: _____ / _____ /19 _____	3 Nacionalidade: _____
4 Nº de filhos naturais: _____	5 Tempo da actual gravidez: ____ semanas e ____ dias

Marque com uma ☐ o número que expresse a sua resposta a cada uma das seguintes questões. Os números ① e ⑦ são as respostas extremas. Se o texto que se encontra perto do nº ① corresponde ao que pensa, seleccione-o com uma ☐. Se o texto que se encontra perto do nº ⑦ corresponde ao que pensa, seleccione-o com uma ☐. **Se pensar diferentemente seleccione o número que melhor expresse os seus sentimentos.** Dê por favor uma só resposta a cada pergunta.

6 Quando fala com outras pessoas, tem a impressão de que elas não a compreendem?

Nunca tenho  
essa  
impressão.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

Tenho  
sempre essa  
impressão.

7 No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que...

...as coisas  
não iriam  
ser feitas.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

...as coisas  
iriam  
ser feitas.

8 Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente...

...como  
pessoas  
estranhas?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

...como  
pessoas que  
conhece  
muito bem?

9 Tem a impressão de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?

Muito  
raramente  
não me  
interessa

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

Muito  
frequentemente  
não me  
interessa.

10 Já lhe aconteceu ter ficado surpreendida com o comportamento de pessoas que julgava conhecer bem?

Nunca  
aconteceu.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

Aconteceu  
sempre.

11 Já lhe aconteceu ter sido desapontada por pessoas com quem, à partida, contava?

Nunca  
aconteceu.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

Aconteceu  
sempre.

12 A vida é:

cheia de interesse.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

absolutamente  
rotineira.

13 Até hoje na vida: não consegui nem objectivos nem rumo próprio.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

consegui objectivos e  
rumo próprio.



**14** Sente que não é tratada com justiça?

Muito frequentemente.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Raramente ou nunca.

**15** Nos últimos dez anos a sua vida tem sido...

...cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

...completamente consistente e previsível.

**16** A maior parte das coisas que irá fazer (no futuro) será provavelmente...

...completamente fascinante.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

...tremendamente aborrecida..

**17** Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?

Acontece frequentemente.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Nunca ou raramente acontece.

**18** Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida.

Consegue-se sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Nunca há solução para as situações difíceis da vida.

**19** Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente:

sente quão bom é viver.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

pergunta-se a si própria porque razão veio ao mundo.

**20** Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é:

sempre confusa e difícil de encontrar.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

sempre fácil de encontrar.

**21** Aquilo que você faz diariamente é...

...uma fonte de profunda satisfação e prazer.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

...uma fonte de sofrimento e aborrecimento.

**22** A sua vida futura será provavelmente:

cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

perfeitamente coerente e previsível.

**23** Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:

afundar-se no problema.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

dizer para si mesma: “Paciência, tudo se há-de resolver” e vamos em frente.

**24** Tem sentimentos e ideias confusos?

Muito frequentemente.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Muito raramente ou nunca.

**25** Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:

fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação.

26 Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter?	Muito frequentemente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muito raramente.
27 Tem a expectativa de que a sua vida pessoal, no futuro:	não terá nem sentido nem objectivo.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	terá pleno sentido e objectivo.
28 Pensa que haverá sempre pessoas com quem você poderá vir a contar no futuro?	Estou certa que haverá.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Duvido que haja.
29 Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?	Muito frequentemente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muito raramente ou nunca.
30 Muitas pessoas (mesmo as que têm carácter forte) por vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?	Nunca.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muitas vezes.
31 Quando teve de enfrentar algum problema geralmente acabou por verificar que:	avaliou mal a importância do problema.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	avaliou correctamente a importância do problema.
32 Quando pensa nas dificuldades que tem de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem a sensação de que:	conseguirá ultrapassar as dificuldades.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	não conseguirá ultrapassar as dificuldades.
33 Com que frequência sente que as coisas que faz na sua vida diária têm pouco sentido?	Muito frequentemente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muito raramente ou nunca.
34 Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?	Muito frequentemente	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muito raramente ou nunca.
35 Comparando com as pessoas da sua idade, considera o seu estado de saúde:	Muito mau.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muito bom.
36 Relativamente à gravidez e à futura maternidade pode contar com a sua mãe para ajudá-la?	Sim, muito.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Não, nada.
37 Relativamente à gravidez e à futura maternidade pode contar com o seu marido/companheiro para ajudá-la?	Sim, muito.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Não, nada.

Para responder ao questionário de frequência alimentar que virá a seguir faça um esforço para lembrar-se do consumo médio de cada um dos alimentos da lista nas **duas últimas semanas** antes do dia de hoje. Marque uma ☐ na alternativa que representar o seu consumo médio em porções do alimento neste período. Para tornar mais fácil o processo verifique todas as opções de resposta antes de iniciar.

ALIMENTO	FREQUÊNCIA MÉDIA DAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS								
	Nenhuma vez no período	Uma vez no período	2 ou 3 vezes no período	2 ou 3 vezes por semana	4 a 6 vezes por semana	Uma vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	Mais de 3 vezes por dia
③③ Vegetais crus (saladas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③⑨ Vegetais de folha verde cozidos, salteados ou na sopa (couves, grelos, espinafres, brócolos, nabiças, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④⑩ Frutas (inteiras, não considerar sumos) – 1 unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④① Sumo de laranja natural – 1 copo de 300 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④② Frutas em conserva (pêssego, ananás, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④③ Frutos secos (amêndoa, avelã, amendoim, nozes, caju, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④④ Pão integral, de mistura ou de centeio – 1 unidade 50g ou 2 fatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④⑤ Pão branco (de sal, de forma, de leite, etc.) – 1 unidade 50g ou 2 fatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④⑥ Arroz branco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④⑦ Arroz integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④⑧ Batata (inclusive puré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④⑨ Massas (esparguete, macarrão, lasanha, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤⑩ Cereais matinais (aveia, müsli, all bran, farelos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤① Feijões, grão, lentilha, ervilha ou soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤② Salgadinhos fritos, empadas, folheados, tartes, croissants, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤③ Frituras em geral (alimento frito: ovo, batata, panados, carnes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤④ Hambúrguer, cachorro, pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤⑤ Azeite (para tempero de pratos prontos e saladas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤⑥ Leite gordo – 1 chávena ou copo de 200 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤⑦ Leite meio-gordo ou magro – 1 chávena ou copo de 200 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤⑧ Iogurte gordo – 1 pote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤⑨ Iogurte meio-gordo ou magro – 1 pote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥⑩ Queijos “amarelos” (curado, semi-curado, cremoso, mozzarella, flamengo, parmeção ralado, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>61</b> Queijos “brancos” (fresco, requeijão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ALIMENTO</b>	<b>FREQUÊNCIA MÉDIA DAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS</b>								
	Nenhuma vez no período	Uma vez no período	2 ou 3 vezes no período	2 ou 3 vezes por semana	4 a 6 vezes por semana	Uma vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	Mais de 3 vezes por dia
<b>62</b> Queijos pouco gordos (fresco ou requeijão <i>light</i> , ricota, tofú, <i>cottage</i> , etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>63</b> Natas (em doces ou preparações salgadas como lasanhas, crepes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>64</b> Manteiga para barrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>65</b> Margarina vegetal para barrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>66</b> Maionese (em sandes, pratos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>67</b> Ovo – 1 unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>68</b> Enchidos (salsichas, linguiças, chouriços, alheiras, presunto, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>69</b> Toucinho, bacon ou entremeada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>70</b> Carne vermelha (vaca, porco, carneiro, cabrito, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>71</b> Fígado (Isclas) de vaca, porco ou frango	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>72</b> Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>73</b> Camarão, mexilhão, amêijoia, lula, polvo, caranguejo ou lagosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>74</b> Frango, Galinha, Coelho ou Peru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>75</b> Enlatados (atum, sardinha, vegetais, feijões, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>76</b> Chocolates, rebuçados, bolos, ou outros doces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>77</b> Bolachas tipo Maria, água e sal, <i>cream-crackers</i> , etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>78</b> Bolachas recheadas, biscoitos amanteigados, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>79</b> Adoçantes artificiais ou alimentos e bebidas adoçados com os mesmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>80</b> Açúcar (para adoçar bebidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>81</b> Refrigerantes, sumos industrializados ou outras bebidas com açúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>82</b> Café (não considerar o descafeinado e a cevada) – 1 chávena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>83</b> Chá gelado ( <i>iced tea</i> ) – 1 copo de 300ml ou lata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>84</b> Chá preto ou verde – 1 chávena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>85</b> Refrigerantes à base de cola (tipo Coca-Cola, Pepsi-Cola) – 1 copo de 300ml ou lata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque uma ☒ na(s) alternativa(s) que corresponder(em) à sua realidade ou opinião e preencha os campos vazios quando lhe for solicitado. Marque mais de uma alternativa somente quando esta possibilidade estiver indicada a seguir à questão. Continue a pensar nos seus hábitos das **duas últimas semanas** antes do dia de hoje.

<p><b>86</b> Há quanto tempo <b>descobriu que estava grávida</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Há menos de uma semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Há uma semana ou pouco mais.</p> <p><input type="checkbox"/> Há duas semanas ou pouco mais.</p> <p><input type="checkbox"/> Há 3 semanas ou pouco mais.</p> <p><input type="checkbox"/> Há 1 mês ou mais.</p>	<p><b>87</b> Nas duas últimas semanas tem sentido <b>enjoos ou outros sintomas</b> fortes que obriguem a uma grande <b>alteração dos seus hábitos alimentares</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p>
<p><b>88</b> Indique quais as <b>refeições</b> que costuma fazer <b>todos os dias</b> nas duas últimas semanas.</p> <p><b>Atenção!</b> Escolha quantas alternativas forem necessárias.</p> <p><input type="checkbox"/> Pequeno-almoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Lanche da manhã.</p> <p><input type="checkbox"/> Almoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Lanche da tarde.</p> <p><input type="checkbox"/> Jantar.</p> <p><input type="checkbox"/> Ceia.</p> <p><input type="checkbox"/> Outras. Especifique: _____</p>	<p><b>89</b> Com que frequência diária, nas duas últimas semanas, costuma comer algo nos horários <b>entre essas refeições</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 3 vezes por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 vezes por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Duas vezes por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente ou nunca.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>
<p><b>90</b> Se costuma comer algo nos horários <b>entre refeições</b> nas duas últimas semanas, indique os <b>alimentos</b> que costuma comer.</p> <p><b>Atenção!</b> Escolha quantas alternativas forem necessárias.</p> <p><input type="checkbox"/> Não costumo comer nada entre as refeições.</p> <p><input type="checkbox"/> Frutas frescas ou secas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sandes.</p> <p><input type="checkbox"/> Bolachas tipo Maria, água e sal, <i>cream crackers</i>, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Iogurtes ou bebidas lácteas.</p> <p><input type="checkbox"/> Salgados (panados, rissóis, empadas, folheados, croquetes, pastéis, tartes, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Chocolates, biscoitos recheados, biscoitos amanteigados, bolos e doces em geral.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____</p>	<p><b>91</b> Indique a <b>quantidade média de água</b> que tem consumido todos os dias nas duas últimas semanas.</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de ½ litro.</p> <p><input type="checkbox"/> Entre ½ litro e 1 litro.</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 litro e 1½ litros.</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1½ litros e 2 litros.</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 2 litros.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>
<p><b>92</b> Nas duas últimas semanas tem tido o costume de <b>adicionar sal</b> à comida que já está servida no prato?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p>	<p><b>93</b> Actualmente o que costuma fazer com a <b>parte visível da gordura da carne</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Comer integralmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Retirar parcialmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Retirar totalmente.</p>
<p><b>94</b> Actualmente o que costuma fazer com a <b>pele do frango, galinha, pato ou peru</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Comer integralmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Retirar parcialmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Retirar totalmente.</p>	<p><b>95</b> Consumiu algum tipo de <b>bebida alcoólica</b> nas duas últimas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ [Se respondeu “Sim”, passe para a questão <b>96</b>.]</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ [Se respondeu “Não”, passe para a questão <b>96</b>.]</p>

<p><b>96</b> Se respondeu “Sim” à questão anterior, indique abaixo o(s) <b>tipo(s) de bebidas alcoólicas</b> que consumiu nas duas últimas semanas.</p> <p><b>Atenção!</b> Escolha quantas alternativas forem necessárias.</p> <p><input type="checkbox"/> Vinho.</p> <p><input type="checkbox"/> Cerveja.</p> <p><input type="checkbox"/> Aguardentes, gin, rum ou cognac.</p> <p><input type="checkbox"/> Vodka ou whisky.</p> <p><input type="checkbox"/> Licores, Martini ou Vinho do Porto.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____</p>	<p><b>97</b> Se respondeu “Sim” à questão <b>96</b>, indique a frequência com que consumiu esta(s) bebida(s) alcoólica(s) nas duas últimas semanas.</p> <p><input type="checkbox"/> Diariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6 vezes por semana.</p> <p><input type="checkbox"/> De duas a 3 vezes por semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Duas ou 3 vezes no período.</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez no período.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>
<p><b>98</b> Consumiu <b>tabaco (cigarros)</b> nas duas últimas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ [Se respondeu “Sim”, passe para a questão <b>99</b>.]</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ [Se respondeu “Não”, passe para a questão <b>100</b>.]</p>	<p><b>99</b> Se respondeu “Sim” à questão anterior, qual foi o seu <b>consumo médio de tabaco</b> nas duas últimas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 15 cigarros por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> De 5 a 14 cigarros por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 4 cigarros por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 cigarro por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>
<p><b>100</b> Nas duas últimas semanas tem sentido <b>enjoo ou outros sintomas fortes</b> que obriguem a uma grande alteração das suas actividades físicas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p>	<p><b>101</b> Nas duas últimas semanas tem praticado pelo menos 30 minutos de <b>actividade física regularmente</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ [Se respondeu “Sim”, passe para a questão <b>102</b>.]</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ [Se respondeu “Não”, passe para a questão <b>103</b>.]</p>
<p><b>102</b> Se respondeu “Sim” à questão anterior, com que <b>frequência</b> tem praticado esta (s) <b>actividade (s)</b> nas duas últimas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> Diariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6 vezes por semana.</p> <p><input type="checkbox"/> De 2 a 3 vezes por semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes.</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma vez.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>	<p><b>103</b> Qual foi a orientação recebida relativamente à prática de actividade física durante a gravidez?</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendada livremente.</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendadas somente algumas modalidades.</p> <p><input type="checkbox"/> Não recomendada para o meu caso.</p> <p><input type="checkbox"/> Não recomendada.</p> <p><input type="checkbox"/> Não recebeu orientação.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>

Por favor marque uma ☐ na alternativa que mais corresponder à sua realidade e preencha os campos vazios quando lhe for solicitado. Marque mais de uma alternativa somente quando esta possibilidade estiver indicada a seguir à questão.

<p><b>104</b> Estado civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Solteira.</p> <p><input type="checkbox"/> Casada.</p> <p><input type="checkbox"/> Vive maritalmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Separada.</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciada.</p> <p><input type="checkbox"/> Viúva.</p> <p><input type="checkbox"/> Outro.</p>	<p><b>105</b> Habilitações académicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever.</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino primário completo (até ao 4º ano)</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino preparatório completo (até ao 9º ano).</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino secundário completo (até ao 12º ano).</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino superior completo.</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____</p>
--	---

<b>106</b> Condição perante o trabalho: <input type="checkbox"/> Estudante. <input type="checkbox"/> Doméstica (Dona de casa) <input type="checkbox"/> Trabalhador por conta doutrem. <input type="checkbox"/> Trabalhador por conta própria. <input type="checkbox"/> Trabalhador independente. <input type="checkbox"/> Patrão. <input type="checkbox"/> Desempregado. <input type="checkbox"/> Reforma.	<b>107</b> Tipos de rendimento familiar:  <b>Atenção!</b> Escolha quantas alternativas forem necessárias. <input type="checkbox"/> Reforma. <input type="checkbox"/> Pensão. <input type="checkbox"/> Propriedade. <input type="checkbox"/> Vencimentos certos. <input type="checkbox"/> Remunerações incertas. <input type="checkbox"/> Assistência. <input type="checkbox"/> Outros.
<b>108</b> Rendimento familiar: <input type="checkbox"/> Menos de €500. <input type="checkbox"/> Entre €500 e €999,99. <input type="checkbox"/> Entre €1000 e €1999,99. <input type="checkbox"/> Entre €2000 e €2999,99. <input type="checkbox"/> €3000 ou mais.	<b>109</b> Tipo de residência: <input type="checkbox"/> Com jardim e piscina. <input type="checkbox"/> Com espaço para todos. <input type="checkbox"/> Bem conservada, com electrodomésticos. <input type="checkbox"/> Imprópria. <input type="checkbox"/> Degradada, WC e cozinha em mau estado.
<b>110</b> Local de Residência: <input type="checkbox"/> Andar apartamento. <input type="checkbox"/> Habitação precária. <input type="checkbox"/> Moradia. <input type="checkbox"/> Quarto/parte de casa.	<b>111</b> Bairro de residência: <input type="checkbox"/> Bairro residencial. <input type="checkbox"/> Bairro camarário. <input type="checkbox"/> Bairro degradado. <input type="checkbox"/> Outra.
<b>112</b> Profissão (Actual ou anterior. Aquela que foi exercida durante mais tempo.): _____	

Caso não se importe de ser contactada no caso de não comparecer às próximas consultas e também concorde em participar na futura etapa desta investigação que decorrerá após o nascimento do seu bebé, deixe aqui o seu telefone para contacto.

**TELEFONE PARA CONTACTO:** \_\_\_\_\_

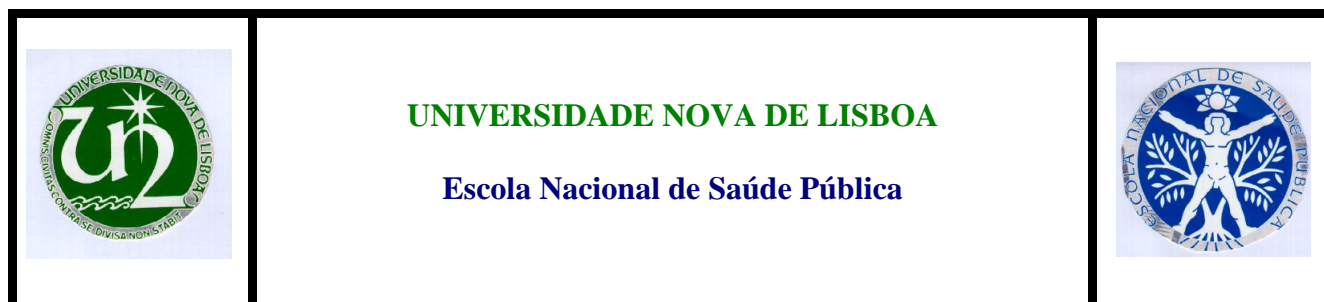
*Por favor, antes de devolver o questionário certifique-se de que respondeu a todas as questões.*

*Muito obrigada pela sua participação.*

**A ser preenchido pelo investigador.**

<b>113</b> Peso habitual: _____ Kg    Altura: _____ m    IMC _____    Diagnóstico nutricional: _____
<b>114</b> Em ____/____/____ _____ Kg    Edema <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Ganho de peso: _____ Em ____/____/____ _____ Kg    Edema <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Ganho de peso: _____
<b>115</b> Período actual da gravidez: _____ semanas e _____ dias (1ª fase) Período actual da gravidez: _____ semanas e _____ dias (2ª fase)
<b>116</b> Partos anteriores: _____    Filhos naturais: _____
<b>117</b> História de aborto, gravidez ectópica ou malformações congénitas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>118</b> Patologia ou medicação associada à mãe ou ao bebé: _____
Próxima consulta de saúde materna: ____/____/____    Próxima consulta de saúde materna: ____/____/____ Próxima consulta de saúde materna: ____/____/____    Próxima consulta de saúde materna: ____/____/____

## Anexo 2 - Instrumento de colheita de dados para o grupo de mulheres na 2ª fase da gravidez



**GRUPO:** Grávidas – 2ª fase    **Centro de Saúde:** \_\_\_\_\_    **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    **Nº** \_\_\_\_

Exma. Sra.

Conforme informamos na sua anterior participação, estamos aqui para saber um pouco mais sobre o desenvolvimento da sua gravidez com a finalidade de compreender melhor as transformações que ocorrem não só no organismo da grávida como em sua vida quotidiana e de todos os que a cercam.

Solicitamos portanto que colabore agora com a 2ª fase deste estudo, que está a ser desenvolvido no quadro do programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública, através do preenchimento deste questionário (o que leva cerca de 30 minutos).

Fique segura de que toda a informação recolhida nesta fase também será reservada exclusivamente ao estudo, estando assim garantida a confidencialidade da mesma.

Não há respostas certas para as perguntas que seguirão, por isso responda com toda a sinceridade.

Agradeço mais uma vez a sua valiosa colaboração.

Gisele Carvalho



Marque com uma ☐ o número que expresse a sua resposta a cada uma das seguintes questões. Os números ① e ⑦ são as respostas extremas. Se o texto que se encontra perto do nº ① corresponde ao que pensa, seleccione-o com uma ☐. Se o texto que se encontra perto do nº ⑦ corresponde ao que pensa, seleccione-o com uma ☐. **Se pensar diferentemente seleccione o número que melhor expresse os seus sentimentos.** Dê por favor uma só resposta a cada pergunta.

① Nome: \_\_\_\_\_

② Tempo da actual gravidez: \_\_\_\_\_ semanas e \_\_\_\_\_ dias

③ Quando fala com outras pessoas, tem a impressão de que elas não a compreendem?

Nunca tenho  
essa  
impressão.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Tenho  
sempre essa  
impressão.

④ No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que...

...as coisas  
não iriam  
ser feitas.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

...as coisas  
iriam  
ser feitas.

⑤ Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente...

...como  
pessoas  
estranhas?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

...como  
pessoas que  
conhece  
muito bem?

⑥ Tem a impressão de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?

Muito  
raramente  
não me  
interessa

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Muito  
frequentemente  
não me  
interessa.

⑦ Já lhe aconteceu ter ficado surpreendida com o comportamento de pessoas que julgava conhecer bem?

Nunca  
aconteceu.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Aconteceu  
sempre.

⑧ Já lhe aconteceu ter sido desapontada por pessoas com quem, à partida, contava?

Nunca  
aconteceu.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Aconteceu  
sempre.

⑨ A vida é:

cheia de interesse.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

absolutamente  
rotineira.

⑩ Até hoje na vida:

não consegui nem objectivos  
nem rumo próprio.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

consegui objectivos e  
rumo próprio.

⑪ Sente que não é tratada com justiça?

Muito  
frequentemente.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Raramente  
ou nunca.

<b>12</b> Nos últimos dez anos a sua vida tem sido...	...cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	...completamente consistente e previsível.
<b>13</b> A maior parte das coisas que irá fazer (no futuro) será provavelmente...	...completamente fascinante.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	...tremendamente aborrecida..
<b>14</b> Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?	Acontece frequentemente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Nunca ou raramente acontece.
<b>15</b> Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida.	Consegue-se sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Nunca há solução para as situações difíceis da vida.
<b>16</b> Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente:	sente quão bom é viver.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	pergunta-se a si própria porque razão veio ao mundo.
<b>17</b> Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é:	sempre confusa e difícil de encontrar.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	sempre fácil de encontrar.
<b>18</b> Aquilo que você faz diariamente é...	...uma fonte de profunda satisfação e prazer.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	...uma fonte de sofrimento e aborrecimento.
<b>19</b> A sua vida futura será provavelmente:	cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	perfeitamente coerente e previsível.
<b>20</b> Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	afundar-se no problema.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	dizer para si mesma: “Paciência, tudo se há-de resolver” e vamos em frente.
<b>21</b> Tem sentimentos e ideias confusos?	Muito frequentemente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muito raramente ou nunca.
<b>22</b> Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:	fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação.
<b>23</b> Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter?	Muito frequentemente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muito raramente.

**24** Tem a expectativa de que a sua vida pessoal, no futuro: não terá nem sentido nem objectivo. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ terá pleno sentido e objectivo.

**25** Pensa que haverá sempre pessoas com quem você poderá vir a contar no futuro? Estou certa que haverá. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Duvido que haja.

**26** Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer? Muito frequentemente. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Muito raramente ou nunca.

**27** Muitas pessoas (mesmo as que têm carácter forte) por vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado? Nunca. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Muitas vezes.

**28** Quando teve de enfrentar algum problema geralmente acabou por verificar que: avaliou mal a importância do problema. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ avaliou correctamente a importância do problema.

**29** Quando pensa nas dificuldades que tem de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem a sensação de que: conseguirá ultrapassar as dificuldades. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ não conseguirá ultrapassar as dificuldades.

**30** Com que frequência sente que as coisas que faz na sua vida diária têm pouco sentido? Muito frequentemente. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Muito raramente ou nunca.

**31** Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar? Muito frequentemente ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Muito raramente ou nunca.

**32** Comparando com as pessoas da sua idade, considera o seu estado de saúde: muito mau. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ muito bom.

**33** Relativamente à gravidez e à futura maternidade pode contar com a sua mãe para ajudá-la? Sim, muito. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Não, nada.

**34** Relativamente à gravidez e à futura maternidade pode contar com o seu marido/companheiro para ajudá-la? Sim, muito. ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ Não, nada.

Por favor responda aos itens seguintes sobre si própria e o bebé que espera. Não existem respostas certas ou erradas. Procure responder de acordo com a sua primeira impressão, por ser aquela que melhor reflecte os seus sentimentos. Assinale apenas uma resposta por cada item.

Costumo pensar ou fazer o seguinte:	Sim, sem dúvida	Sim	Não tenho a certeza	Não	Não, sem dúvida
35 Falo com o bebé que ainda não nasceu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Sinto que apesar de todos os incómodos da gravidez vale a pena estar grávida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Gosto de ver a minha barriga mexer quando o bebé dá pontapés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Imagino-me a alimentar o bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Mal consigo esperar para ver como é o bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Pergunto-me se o bebé se sentirá apertado dentro da minha barriga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Trato o meu bebé por um nome carinhoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Imagino-me a tomar conta do bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Quase que consigo adivinhar a personalidade do meu bebé pela maneira como ele se mexe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Já decidi qual será o nome do bebé se for menina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Procuo manter hábitos saudáveis de vida que não manteria se não estivesse grávida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Pergunto-me se o bebé conseguirá ouvir dentro da minha barriga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Já decidi qual será o nome do bebé se for menino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 Pergunto-me se o bebé já será capaz de pensar e sentir “coisas” dentro da minha barriga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Como carne e vegetais para que o meu bebé se alimente bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 Parece que o meu bebé se mexe com mais energia para me dizer que está na hora de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 Empurro o meu bebé aguardando que ele me responda de forma diferente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 Mal consigo esperar para pegar no bebé ao colo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 Procuo imaginar como será o bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 Faço festas na minha barriga para acalmar o bebé quando dá demasiados pontapés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 Sou capaz de dizer quando o bebé está com soluços.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 Sinto que o meu corpo está feio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 Desde que estou grávida deixei de fazer algumas “coisas” porque quero ajudar o meu bebé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58 Agarro o pé do meu bebé para o movimentar dentro da minha barriga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para responder ao questionário de frequência alimentar que virá a seguir faça um esforço para lembrar-se do consumo médio de cada um dos alimentos da lista nas **duas últimas semanas** antes do dia de hoje. Marque uma ☐ na alternativa que representar o seu consumo médio em porções do alimento neste período. Para tornar mais fácil o processo verifique todas as opções de resposta antes de iniciar.

ALIMENTO	FREQUÊNCIA MÉDIA DAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS								
	Nenhuma vez no período	Uma vez no período	2 ou 3 vezes no período	2 ou 3 vezes por semana	4 a 6 vezes por semana	Uma vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	Mais de 3 vezes por dia
69 Vegetais crus (saladas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 Vegetais de folha verde cozidos, salteados ou na sopa (couves, grelos, espinafres, brócolos, nabiças, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 Frutas (inteiras, não considerar sumos) – 1 unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 Sumo de laranja natural – 1 copo de 300 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63 Frutas em conserva (pêssego, ananás, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64 Frutos secos (amêndoa, avelã, amendoim, nozes, caju, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 Pão integral, de mistura ou de centeio – 1 unidade 50g ou 2 fatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66 Pão branco (de sal, de forma, de leite, etc.) – 1 unidade 50g ou 2 fatias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67 Arroz branco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68 Arroz integral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69 Batata (inclusive puré)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 Massas (esparguete, macarrão, lasanha, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71 Cereais matinais (aveia, müsli, all bran, farelos, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72 Feijões, grão, lentilha, ervilha ou soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73 Salgadinhos fritos, empadas, folheados, tartes, croissants, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74 Frituras em geral (alimento frito: ovo, batata, panados, carnes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 Hambúrguer, cachorro, pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76 Azeite (para tempero de pratos prontos e saladas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77 Leite gordo – 1 chávena ou copo de 200 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78 Leite meio-gordo ou magro – 1 chávena ou copo de 200 ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79 Iogurte gordo – 1 pote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80 Iogurte meio-gordo ou magro – 1 pote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81 Queijos “amarelos” (curado, semi-curado, cremoso, mozzarella, flamengo, parmeção ralado, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82 Queijos “brancos” (fresco, requeijão)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALIMENTO	FREQUÊNCIA MÉDIA DAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS								
	Nenhuma vez no período	Uma vez no período	2 ou 3 vezes no período	2 ou 3 vezes por semana	4 a 6 vezes por semana	Uma vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	Mais de 3 vezes por dia
83 Queijos pouco gordos (fresco ou requeijão <i>light</i> , ricota, tofú, <i>cottage</i> , etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84 Natas (em doces ou preparações salgadas como lasanhas, crepes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85 Manteiga para barrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86 Margarina vegetal para barrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87 Maionese (em sandes, pratos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88 Ovo – 1 unidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89 Enchidos (salsichas, linguiças, chouriços, alheiras, presunto, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90 Toucinho, bacon ou entremeada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91 Carne vermelha (vaca, porco, carneiro, cabrito, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92 Fígado (Isclas) de vaca, porco ou frango	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93 Peixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94 Camarão, mexilhão, amêijoia, lula, polvo, caranguejo ou lagosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95 Frango, Galinha, Coelho ou Peru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96 Enlatados (atum, sardinha, vegetais, feijões, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97 Chocolates, rebuçados, bolos, ou outros doces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98 Bolachas tipo Maria, água e sal, <i>cream-crackers</i> , etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99 Bolachas recheadas, biscoitos amanteigados, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100 Adoçantes artificiais ou alimentos e bebidas adoçados com os mesmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101 Açúcar (para adoçar bebidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102 Refrigerantes, sumos industrializados ou outras bebidas com açúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103 Café (não considerar o descafeinado e a cevada) – 1 chávena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104 Chá gelado ( <i>iced tea</i> ) – 1 copo de 300ml ou lata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105 Chá preto ou verde – 1 chávena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106 Refrigerantes à base de cola (tipo Coca-Cola, Pepsi-Cola) – 1 copo de 300ml ou lata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque uma ☒ na(s) alternativa(s) que corresponder(em) à sua realidade ou opinião e preencha os campos vazios quando lhe for solicitado. Marque mais de uma alternativa somente quando esta possibilidade estiver indicada a seguir à questão. Continue a pensar nos seus hábitos das **duas últimas semanas** antes do dia de hoje.

<p><b>1007</b> Nas duas últimas semanas tem sentido <b>enjoo ou outros sintomas</b> fortes que obriguem a uma grande <b>alteração dos seus hábitos alimentares</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p>	<p><b>1008</b> Indique quais as <b>refeições</b> que costuma fazer <b>todos os dias</b> nas duas últimas semanas.</p> <p><b>Atenção!</b> Escolha quantas alternativas forem necessárias.</p> <p><input type="checkbox"/> Pequeno-almoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Lanche da manhã.</p> <p><input type="checkbox"/> Almoço.</p> <p><input type="checkbox"/> Lanche da tarde.</p> <p><input type="checkbox"/> Jantar.</p> <p><input type="checkbox"/> Ceia.</p> <p><input type="checkbox"/> Outras. Especifique: _____</p>
<p><b>1009</b> Com que frequência diária, nas duas últimas semanas, costuma comer algo nos horários <b>entre essas refeições</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 3 vezes por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> 3 vezes por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Duas vezes por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Raramente ou nunca.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>	<p><b>1010</b> Se costuma comer algo nos horários <b>entre refeições</b> nas duas últimas semanas, indique os <b>alimentos</b> que costuma comer.</p> <p><b>Atenção!</b> Escolha quantas alternativas forem necessárias.</p> <p><input type="checkbox"/> Não costumo comer nada entre as refeições.</p> <p><input type="checkbox"/> Frutas frescas ou secas.</p> <p><input type="checkbox"/> Sandes.</p> <p><input type="checkbox"/> Bolachas tipo Maria, água e sal, <i>cream crackers</i>, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Iogurtes ou bebidas lácteas.</p> <p><input type="checkbox"/> Salgados (panados, rissóis, empadas, folheados, croquetes, pastéis, tartes, etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> Chocolates, biscoitos recheados, biscoitos amanteigados, bolos e doces em geral.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____</p>
<p><b>1011</b> Indique a <b>quantidade média de água</b> que tem consumido todos os dias nas duas últimas semanas.</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de ½ litro.</p> <p><input type="checkbox"/> Entre ½ litro e 1 litro.</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 litro e 1 ½ litros.</p> <p><input type="checkbox"/> Entre 1 ½ litros e 2 litros.</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 2 litros.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>	<p><b>1012</b> Nas duas últimas semanas tem tido o costume de <b>adicionar sal</b> à comida que já está servida no prato?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p>
<p><b>1013</b> Actualmente o que costuma fazer com a <b>parte visível da gordura da carne</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Comer integralmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Retirar parcialmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Retirar totalmente.</p>	<p><b>1014</b> Actualmente o que costuma fazer com a <b>pele do frango, galinha, pato ou peru</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Comer integralmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Retirar parcialmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Retirar totalmente.</p>
<p><b>1015</b> Consumiu algum tipo de <b>bebida alcoólica</b> nas duas últimas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ [Se respondeu “Sim”, passe para a questão <b>1016</b>.]</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ [Se respondeu “Não”, passe para a questão <b>1019</b>.]</p>	<p><b>1016</b> Se respondeu “Sim” à questão anterior, indique abaixo o(s) <b>tipo(s) de bebidas alcoólicas</b> que consumiu nas duas últimas semanas.</p> <p><b>Atenção!</b> Escolha quantas alternativas forem necessárias.</p> <p><input type="checkbox"/> Vinho.</p> <p><input type="checkbox"/> Cerveja.</p> <p><input type="checkbox"/> Aguardentes, gin, rum ou cognac.</p> <p><input type="checkbox"/> Vodka ou whisky.</p> <p><input type="checkbox"/> Licores, Martini ou Vinho do Porto.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Especifique: _____</p>

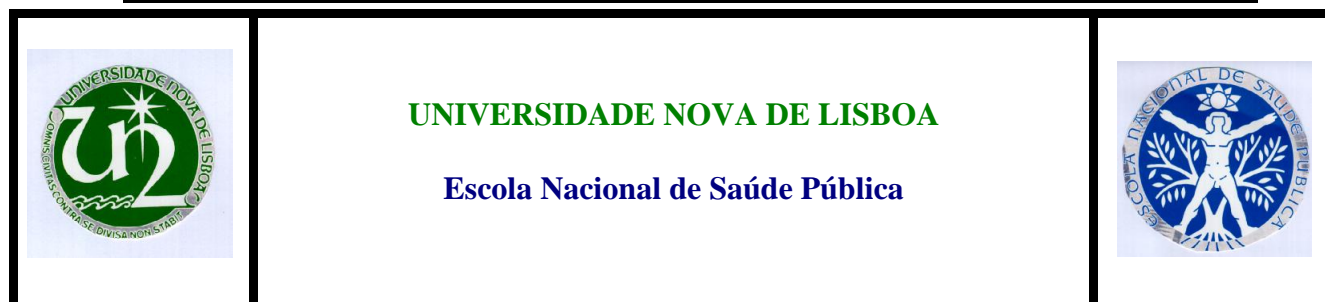
<p><b>117</b> Se respondeu “Sim” à questão <b>116</b>, indique a frequência com que consumiu esta(s) bebida(s) alcoólica(s) nas duas últimas semanas.</p> <p><input type="checkbox"/> Diariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6 vezes por semana.</p> <p><input type="checkbox"/> De duas a 3 vezes por semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Duas ou três vezes no período.</p> <p><input type="checkbox"/> Uma vez no período.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>	<p><b>118</b> Consumiu <b>tabaco (cigarros)</b> nas duas últimas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ [Se respondeu “Sim”, passe para a questão <b>119</b>.]</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ [Se respondeu “Não”, passe para a questão <b>120</b>.]</p>
<p><b>119</b> Se respondeu “Sim” à questão anterior, qual foi o seu <b>consumo médio de tabaco</b> nas duas últimas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> Mais de 15 cigarros por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> De 5 a 14 cigarros por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> De 1 a 4 cigarros por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 1 cigarro por dia.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>	<p><b>120</b> Nas duas últimas semanas tem sentido <b>enjoo ou outros sintomas fortes</b> que obriguem a uma grande alteração das suas actividades físicas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim.</p> <p><input type="checkbox"/> Não.</p>
<p><b>121</b> Nas duas últimas semanas tem praticado pelo menos 30 minutos de <b>actividade física regularmente</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. ⇒ [Se respondeu “Sim”, passe para a questão <b>122</b>.]</p> <p><input type="checkbox"/> Não. ⇒ [Se respondeu “Não”, passe para a questão <b>123</b>.]</p>	<p><b>122</b> Se respondeu “Sim” à questão anterior, com que <b>frequência</b> tem praticado esta (s) <b>actividade (s)</b> nas duas últimas semanas?</p> <p><input type="checkbox"/> Diariamente.</p> <p><input type="checkbox"/> De 4 a 6 vezes por semana.</p> <p><input type="checkbox"/> De 2 a 3 vezes por semana.</p> <p><input type="checkbox"/> Uma ou duas vezes.</p> <p><input type="checkbox"/> Nenhuma vez.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>
<p><b>123</b> Qual foi a orientação recebida relativamente à prática de actividade física durante a gravidez?</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendada livremente.</p> <p><input type="checkbox"/> Recomendadas somente algumas modalidades.</p> <p><input type="checkbox"/> Não recomendada para o meu caso.</p> <p><input type="checkbox"/> Não recomendada.</p> <p><input type="checkbox"/> Não recebeu orientação.</p> <p><input type="checkbox"/> Não sei.</p>	

*Por favor, antes de devolver o questionário certifique-se de que respondeu a todas as questões.*

*Muito obrigada pela sua participação.*



### Anexo 3 - Instrumento de colheita de dados para o grupo de comparação do sub-estudo 1



**GRUPO:** Controlo    **Centro de Saúde:** \_\_\_\_\_    **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    **Nº** \_\_\_\_

Exma. Sra.

A gravidez é uma etapa única na vida de uma mulher. São muitas as transformações que ocorrem não só no organismo da grávida como em sua vida quotidiana e de todos os que a cercam. Mudanças psicológicas e sociais devem sempre ser melhor compreendidas para que as intervenções dos diversos profissionais que zelam pelo bem-estar da grávida e do bebé sejam a cada dia mais efectivas.

É para compreender melhor estas mudanças que solicitamos que colabore ao participar no estudo que está a ser desenvolvido no quadro do programa de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública.

A sua participação consiste no preenchimento de um questionário (o que leva cerca de 15 minutos). Os seus dados serão comparados com dados de mulheres grávidas.

Fique segura de que toda a informação recolhida será reservada exclusivamente ao estudo, não sendo necessária a sua identificação.

Não há respostas certas para as perguntas que seguirão, por isso responda com toda a sinceridade.

Agradeço desde já a sua valiosa colaboração.

Gisele Carvalho

<b>1</b> Data de nascimento: ____ / ____ /19 ____	<b>4</b> Estado civil <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Vive maritalmente <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Outro
<b>2</b> Nº de filhos naturais: ____	
<b>3</b> Nacionalidade: ____	

Marque com uma ☒ o número que expresse a sua resposta a cada uma das seguintes questões. Os números ① e ⑦ são as respostas extremas. Se o texto que se encontra perto do nº ① corresponde ao que pensa, seleccione-o com uma ☒. Se o texto que se encontra perto do nº ⑦ corresponde ao que pensa, seleccione-o com uma ☒. **Se pensar diferentemente seleccione o número que melhor expresse os seus sentimentos.** Dê por favor uma só resposta a cada pergunta.

**5** Quando fala com outras pessoas, tem a impressão de que elas não a compreendem?

Nunca tenho  
essa  
impressão.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

Tenho  
sempre essa  
impressão.

**6** No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que...

...as coisas  
não iriam  
ser feitas.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

...as coisas  
iriam  
ser feitas.

**7** Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente...

...como  
pessoas  
estranhas?

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

...como  
pessoas que  
conhece  
muito bem?

**8** Tem a impressão de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?

Muito  
raramente  
não me  
interessa

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

Muito  
frequentemente  
não me  
interessa.

**9** Já lhe aconteceu ter ficado surpreendida com o comportamento de pessoas que julgava conhecer bem?

Nunca  
aconteceu.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

Aconteceu  
sempre.

**10** Já lhe aconteceu ter sido desapontada por pessoas com quem, à partida, contava?

Nunca  
aconteceu.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

Aconteceu  
sempre.

**11** A vida é:

cheia de interesse.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

absolutamente  
rotineira.

**12** Até hoje na vida:

não consegui nem objectivos  
nem rumo próprio.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

consegui objectivos e  
rumo próprio.

**13** Sente que não é tratada com justiça?

Muito  
frequentemente

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

Raramente  
ou nunca.

**14** Nos últimos dez anos a sua vida tem sido...

...cheia de mudanças sem  
você ser capaz de prever o  
que vem a seguir.

①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
---	---	---	---	---	---	---

...completamente  
consistente e  
previsível.

<b>15</b> A maior parte das coisas que irá fazer (no futuro) será provavelmente...	...completamente fascinante.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	...tremendamente aborrecida..
<b>16</b> Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?	Acontece frequentemente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Nunca ou raramente acontece.
<b>17</b> Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida.	Consegue-se sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Nunca há solução para as situações difíceis da vida.
<b>18</b> Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente:	sente quão bom é viver.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	pergunta-se a si própria porque razão veio ao mundo.
<b>19</b> Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é:	sempre confusa e difícil de encontrar.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	sempre fácil de encontrar.
<b>20</b> Aquilo que você faz diariamente é...	...uma fonte de profunda satisfação e prazer.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	...uma fonte de sofrimento e aborrecimento.
<b>21</b> A sua vida futura será provavelmente:	cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	perfeitamente coerente e previsível.
<b>22</b> Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	afundar-se no problema.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	dizer para si mesma: “Paciência, tudo se há-de resolver” e vamos em frente
<b>23</b> Tem sentimentos e ideias confusos?	Muito frequentemente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muito raramente ou nunca.
<b>24</b> Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:	fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação.
<b>25</b> Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter?	Muito frequentemente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muito raramente.
<b>26</b> Tem a expectativa de que a sua vida pessoal, no futuro:	não terá nem sentido nem objectivo.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	terá pleno sentido e objectivo.
<b>27</b> Pensa que haverá sempre pessoas com quem você poderá vir a contar no futuro?	Estou certa que haverá.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Duvido que haja.
<b>28</b> Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?	Muito frequentemente.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muito raramente ou nunca.
<b>29</b> Muitas pessoas (mesmo as que têm carácter forte) por vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?	Nunca.	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Muitas vezes.

**30** Quando teve de enfrentar algum problema geralmente acabou por verificar que:

avaliou mal a importância do problema.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

avaliou correctamente a importância do problema.

**31** Quando pensa nas dificuldades que tem de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem a sensação de que:

conseguirá ultrapassar as dificuldades.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

não conseguirá ultrapassar as dificuldades.

**32** Com que frequência sente que as coisas que faz na sua vida diária têm pouco sentido?

Muito frequentemente.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Muito raramente ou nunca.

**33** Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?

Muito frequentemente

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

Muito raramente ou nunca.

**34** Comparando com as pessoas da sua idade, considera o seu estado de saúde:

muito mau.

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

muito bom.

Por favor marque uma ☒ na alternativa que mais corresponder à sua realidade e preencha os campos vazios quando lhe for solicitado. Marque mais de uma alternativa somente quando esta possibilidade estiver indicada a seguir à questão.

<p><b>35</b> Já viveu alguma situação de aborto ou perda de algum filho?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não responde</p>	<p><b>36</b> Habilitações académicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever.</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino primário completo (até ao 4º ano).</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino preparatório completo (até ao 9º ano).</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino secundário completo (até ao 12º ano).</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino superior completo.</p> <p><input type="checkbox"/> Outro. Especifique: _____</p>
<p><b>37</b> Condição perante o trabalho:</p> <p><input type="checkbox"/> Estudante.</p> <p><input type="checkbox"/> Doméstica (Dona de casa)</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalhador por conta doutrem.</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalhador por conta própria.</p> <p><input type="checkbox"/> Trabalhador independente.</p> <p><input type="checkbox"/> Patrão.</p> <p><input type="checkbox"/> Desempregado.</p> <p><input type="checkbox"/> Reforma.</p>	<p><b>38</b> Tipos de rendimento familiar:</p> <p><b>Atenção!</b> Escolha quantas alternativas forem necessárias.</p> <p><input type="checkbox"/> Reforma.</p> <p><input type="checkbox"/> Pensão.</p> <p><input type="checkbox"/> Propriedade.</p> <p><input type="checkbox"/> Vencimentos certos.</p> <p><input type="checkbox"/> Remunerações incertas.</p> <p><input type="checkbox"/> Assistência.</p> <p><input type="checkbox"/> Outros.</p>
<p><b>39</b> Rendimento familiar:</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de €500.</p> <p><input type="checkbox"/> Entre €500 e €999,99.</p> <p><input type="checkbox"/> Entre €1000 e €1999,99.</p> <p><input type="checkbox"/> Entre €2000 e €2999,99.</p> <p><input type="checkbox"/> €3000 ou mais.</p>	<p><b>40</b> Tipo de residência:</p> <p><input type="checkbox"/> Com jardim e piscina.</p> <p><input type="checkbox"/> Com espaço para todos.</p> <p><input type="checkbox"/> Bem conservada, com electrodomésticos.</p> <p><input type="checkbox"/> Imprópria.</p> <p><input type="checkbox"/> Degradada, WC e cozinha em mau estado.</p>
<p><b>41</b> Local de Residência:</p> <p><input type="checkbox"/> Andar apartamento.</p> <p><input type="checkbox"/> Habitação precária.</p> <p><input type="checkbox"/> Moradia.</p> <p><input type="checkbox"/> Quarto/parte de casa.</p>	<p><b>42</b> Bairro de residência:</p> <p><input type="checkbox"/> Bairro residencial.</p> <p><input type="checkbox"/> Bairro camarário.</p> <p><input type="checkbox"/> Bairro degradado.</p> <p><input type="checkbox"/> Outra.</p>
<p><b>43</b> Profissão (Actual ou anterior. Aquela que foi exercida durante mais tempo.): _____</p>	

*Por favor, antes de devolver o questionário certifique-se de que respondeu a todas as questões.  
Obrigada.*

#### **Anexo 4 – Solicitação de autorização e autorização por parte da Dr.<sup>a</sup> Mecca Cranley para a utilização da “*Maternal-Fetal Attachment Scale*”**

September 20, 2004

Dear Dr. Mecca Cranley

I am a Brazilian nutritionist who is doing a masters course in the National School of Public Health of Lisbon, Portugal.

I am interested in use the Maternal-Fetal Attachment Scale in my research about health behaviours, sense of coherence and maternal-fetal attachment during pregnancy. However, I found some difficult to chose which of the versions I should work with: Cranley, 1981; Hsu & Chen, 2001; Müller & Ferketich, 1992; or other one which I don't know.

So I decided to write you, ask some questions and ask about some advices that you could give me.

Is there any validated version that I don't know? Are you, or other people that you know, working with this scale at this moment? With which version should I work with according to the current development of the scale?

Thank you very much.

Yours truly

Gisele Carvalho

September 30, 2004

Gisele Carvalho

National School of Public Health of Lisbon, Portugal

Dear Ms. Carvalho:

Thank you for your interest in the Maternal-Fetal Attachment Scale. You have my permission to use it. I am enclosing copies of the scales and the breakdown by subscale. The scale and subscale are scored on a scale of 1 to 5, with 5 being the positive statement. Note that for Item 22, the scoring is reversed with “Definitely Yes” being a 1 and “Definitely No” being a 5. A mean score is then calculated by dividing the sum of the item scores by the number of items answered.

I would appreciate receiving a copy of any research report or paper which utilizes this tool. Best wishes in your work.

Sincerely,

Mecca S. Cranley, PhD, RN  
Dean and Professor

## **Anexo 5 – Solicitação de autorização e autorização por parte da Dr.<sup>a</sup> Isabel Mendes para a utilização da “Escala de Ligação Materno-Fetal”**

14 de Novembro de 2004

Prezada Dra. Isabel Mendes

Meu nome é Gisele Carvalho, sou nutricionista, e encontro-me a realizar o curso de mestrado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Estando actualmente na fase de elaboração do projecto de investigação para a tese, interessei-me por estudar o Sentido de Coerência (constructo elaborado por um sociólogo da saúde) da mulher durante a gravidez e suas inter-relações com os hábitos de saúde das grávidas. Ao tomar conhecimento da teoria da Dra. Mecca Cranley acerca da ligação materno-fetal, achei muito conveniente e até imprescindível incluir esta “variável” na minha investigação. E foi então que descobri o seu livro e o trabalho que desenvolveu aqui em Portugal. Antes de mais nada queria dar-lhe os parabéns pelo rigoroso e belo trabalho que desenvolveu. E venho através deste e-mail consultá-la acerca da possibilidade de utilização da sua Escala de Ligação Materno-Fetal, uma vez que considero importante para a investigação o carácter da continuidade. Pretendo aplicar a escala em 100 mulheres após a 20ª semana de gestação, durante o 2º trimestre de gravidez, concomitantemente com a escala do Sentido de Coerência. Se for de seu interesse posso inclusive enviar-lhe meu projecto de investigação. Sem outro assunto, subscrevo-me atenciosamente ficando desde já a aguardar a sua resposta.

Gisele Carvalho

17 de Novembro de 2004

Boa tarde Dr.<sup>a</sup> Gisele Carvalho

Desde já agradeço os seus agradáveis elogios ao trabalho publicado. Terei muito gosto em lhe enviar a escala MFAS traduzida e validada para a pop. portuguesa de forma a utilizá-la no seu projecto de investigação. Terei igualmente muito interesse em conhecer o seu projecto de investigação, pelo que fico a aguardar. Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Subscrevo-me atenciosamente

Isabel Margarida Mendes

---

**Anexo 6 – Solicitação de autorização para a realização do processo de colheita de dados nos Serviços de Saúde Materna dos Centros de Saúde de Oeiras, Carnaxide extensão Linda-a-Velha, Ajuda, Alcântara e Santo Condestável**

---

Lisboa, 09 de Novembro de 2004

Exmo.(a) Sr.(a)

Director(a) do Centro de Saúde .....

Eu, Gisele Cristina dos Santos Carvalho, nutricionista, no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, encontro-me a elaborar uma dissertação sobre o tema “sentido de coerência, ligação materno-fetal e estilo de vida da mulher durante a gravidez”, investigação que compreende os seguintes objectivos:

- Identificar uma eventual interferência da descoberta da gravidez no sentido de coerência das mulheres;
- Descrever uma possível alteração do sentido de coerência após a entrada no segundo trimestre da gravidez;
- Identificar uma possível associação entre o sentido de coerência e a adopção de comportamentos saudáveis no primeiro e segundo trimestres de gravidez, nomeadamente no que respeita aos hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas, ganho ponderal adequado, e à prática regular de exercício físico medicamente recomendado;
- Identificar uma possível associação entre o sentido de coerência e a ligação materno-fetal no 2º trimestre de gravidez;
- Identificar uma possível associação entre a ligação materno-fetal e a adopção de comportamentos saudáveis no segundo trimestre de gravidez, nomeadamente no que respeita aos hábitos tabágicos, consumo de bebidas alcoólicas, ganho ponderal adequado, e à prática regular de exercício físico.

Os estilos de vida - padrões de consumo de tabaco, consumo de álcool, alimentação, actividade física e gestão do stress – definem, numa ampla extensão, a saúde das pessoas. Tudo isso acontece num ambiente social, cultural, político e económico que influencia intenções e atitudes.

A Organização Mundial de Saúde (2003) considera que o período pré-natal apresenta claras oportunidades para atingir a mulher grávida com uma série de intervenções e informações que

podem ser vitais para a sua saúde e bem-estar, e consequentemente do bebé. No entanto este potencial permanece insuficientemente explorado.

Sendo o sentido de coerência um constructo que entra em linha de conta simultaneamente com vários aspectos da pessoa humana (afectividade, redes formais e informais de suporte social, aspectos cognitivos e informacionais), sua compreensão durante a gravidez, assim como da ligação materno-fetal, e de suas inter-relações e influências nos estilos de vida das mulheres grávidas, podem ser ferramentas úteis para o desenvolvimento das estratégias de promoção da saúde sob uma perspectiva salutogénica, sendo portanto necessário aprofundar conhecimentos acerca do assunto.

Para levar a cabo o referido processo de investigação, venho por este meio, solicitar a vossa colaboração no sentido de viabilizar:

- Entre os meses de Novembro de 2004 e Fevereiro de 2005 - entrevistas com mulheres grávidas por ocasião da sua primeira consulta de saúde materna, e entrevistas com mulheres não grávidas que estejam nas salas de espera como acompanhantes de utentes;
- Entre os meses de Fevereiro e Maio de 2005 - entrevistas com as mesmas mulheres, já no 2º trimestre de gravidez, após a 18ª semana, por ocasião da consulta de saúde materna;
- Acesso às Fichas Clínicas das Grávidas para confirmação dos dados obtidos nos questionários e verificação do ganho ponderal e de possíveis critérios de exclusão do processo de investigação.

A abordagem às mulheres que aceitarem participar do projecto será feita de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade das informações. Esta abordagem consistirá no preenchimento de 2 questionários no primeiro momento, e 3 questionários no segundo momento.

Para o que solicito autorização, orientação e apoio logístico.

Agradeço o vosso contacto para:

Gisele Cristina dos Santos Carvalho

Telefone: 217220440 / Telemóvel: 962561169

[giselecarvalho@netcabo.pt](mailto:giselecarvalho@netcabo.pt)

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos


---


*Gisele Cristina dos Santos Carvalho*



## Anexo 7 – Autorização para a realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Carnaxide extensão Linda-a-Velha

DE : C. S. CARNAXIDE FAX Nº : 214170268 10 Nov. 2004 09:52 P1  
09/11 '04 TER 17:47 FAX 351 213017533 H.S.FRANCISCO XAVIER 001

 Ministério da Saúde

 HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER, S.A.  
Entrada do Forte do Alto do Duque 1449-006 Lisboa

Data: 09-11-2004

Número de páginas incluindo esta folha introdutória: 1

Entrada Nº 3532  
Data 09/11/04  
LINDA-A-VELHA

DE:

Hospital São Francisco Xavier  
Telefone: 213000357  
Fax: 213021166

PARA: Exmo Senhor  
Director do Centro de  
Saúde de Carnaxide  
Telefone:  
Fax: 214170268

COMENTÁRIOS ☒ Urgente ☐ Para sua revisão ☐ Responder com urgência ☐ Favor comentar

Assunto: Tese de Mestrado

Exmo Senhor Director

Vem esta UCF solicitar a sua disponibilidade para que a Dr<sup>a</sup> Gisele Carvalho desenvolva um trabalho no âmbito da sua Tese de mestrado com o título “Sentido de Coerência – ligação materno – fetal – estilos de vida da mulher durante a gravidez”, enquadrada no Curso de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa de Lisboa..

Nesta conformidade agradece a sua autorização para a realização dos contactos necessários à recolha dos dados indispensáveis à elaboração da referida Tese.

*Autorizado 09/11/04*

Dr<sup>a</sup> KAREN MONTEIRO  
COORDENADOR PERSONALIZADOS  
C. S. CARNAXIDE  
Largo Prof. Fernando Fonseca, 10 / 10A  
Tel 414 27 72 - LINDA-A-VELHA

Dr<sup>a</sup> Hilary Monteiro  
16/11/04

Mod. 17

Tel: 21 320 63 00 - Fax: 21 301 75 33 - E-mail: hscx@hscx.mn-saude.pt  
NIPC 526 391 919 - Capital Social € 28.930.000 - Matrícula n.º 13180 de C. R. G. de Lisboa

10/11 '04 09:46 SEM TR/RE3246 P.001

## Anexo 8 – Autorização para a realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Alcântara

Sendo o sentido de coerência um constructo que entra em linha de conta simultaneamente com vários aspectos da pessoa humana (afectividade, redes formais e informais de suporte social, aspectos cognitivos e informacionais), sua compreensão durante a gravidez, assim como da ligação materno-fetal, e de suas inter-relações e influências nos estilos de vida das mulheres grávidas, podem ser ferramentas úteis para o desenvolvimento das estratégias de promoção da saúde sob uma perspectiva salutogénica, sendo portanto necessário aprofundar conhecimentos acerca do assunto.

Para levar a cabo o referido processo de investigação, venho por este meio, solicitar a vossa colaboração no sentido de viabilizar:

- Entre os meses de Novembro de 2004 e Fevereiro de 2005 - entrevistas com mulheres grávidas por ocasião da sua primeira consulta de saúde materna, e entrevistas com mulheres não grávidas que estejam nas salas de espera como acompanhantes de utentes;
- Entre os meses de Fevereiro e Maio de 2005 - entrevistas com as mesmas mulheres, já no 2º trimestre de gravidez, após a 18ª semana, por ocasião da consulta de saúde materna;
- Acesso às Fichas Clínicas das Grávidas para confirmação dos dados obtidos nos questionários e verificação do ganho ponderal e de possíveis critérios de exclusão do processo de investigação.

A abordagem às mulheres que aceitarem participar do projecto será feita de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade das informações. Esta abordagem consistirá no preenchimento de 2 questionários no primeiro momento, e 3 questionários no segundo momento.

Para o que solicito autorização, orientação e apoio logístico.

Agradeço o vosso contacto para:

Gisele Cristina dos Santos Carvalho

Telefone: 217220440 / Telemóvel: 962561169

giselecarvalho@netcabo.pt

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos

*Gisele Carvalho*

Gisele Cristina dos Santos Carvalho

*foram recebidos  
e autorizados*  
**Centro de Saúde Alcântara**  
**Dra. Anália Maria Aquilino**  
**Directora**

**Anexo 9 – Carta de agradecimento e de cancelamento das intenções de realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Ajuda**

---

Lisboa, 4 de Dezembro de 2004

Exma. Sra. Directora do Centro de Saúde de Ajuda  
Dra. Alice Granja

Registada C/A

Venho por este meio agradecer o apoio prestado, sob a forma de disponibilização do Centro de Saúde de Ajuda, para o processo de colheita de dados da investigação que me encontro a desenvolver no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, cujo o tema é “Sentido de coerência, ligação materno-fetal e estilo de vida da mulher durante a gravidez”.

Felizmente, obtive apoio de todos os outros quatro Centros de Saúde desta área de abrangência e já iniciei o processo em três deles. Sendo assim, receio que não haja tempo hábil para a colheita de dados em mais um Centro de Saúde, motivo pelo qual escrevo agradecendo mais uma vez toda a disponibilidade demonstrada por V. Exa., bem como pela Dra. Joana Campina, deixando por agora em suspenso o processo de colheita de dados neste Centro de Saúde.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração.

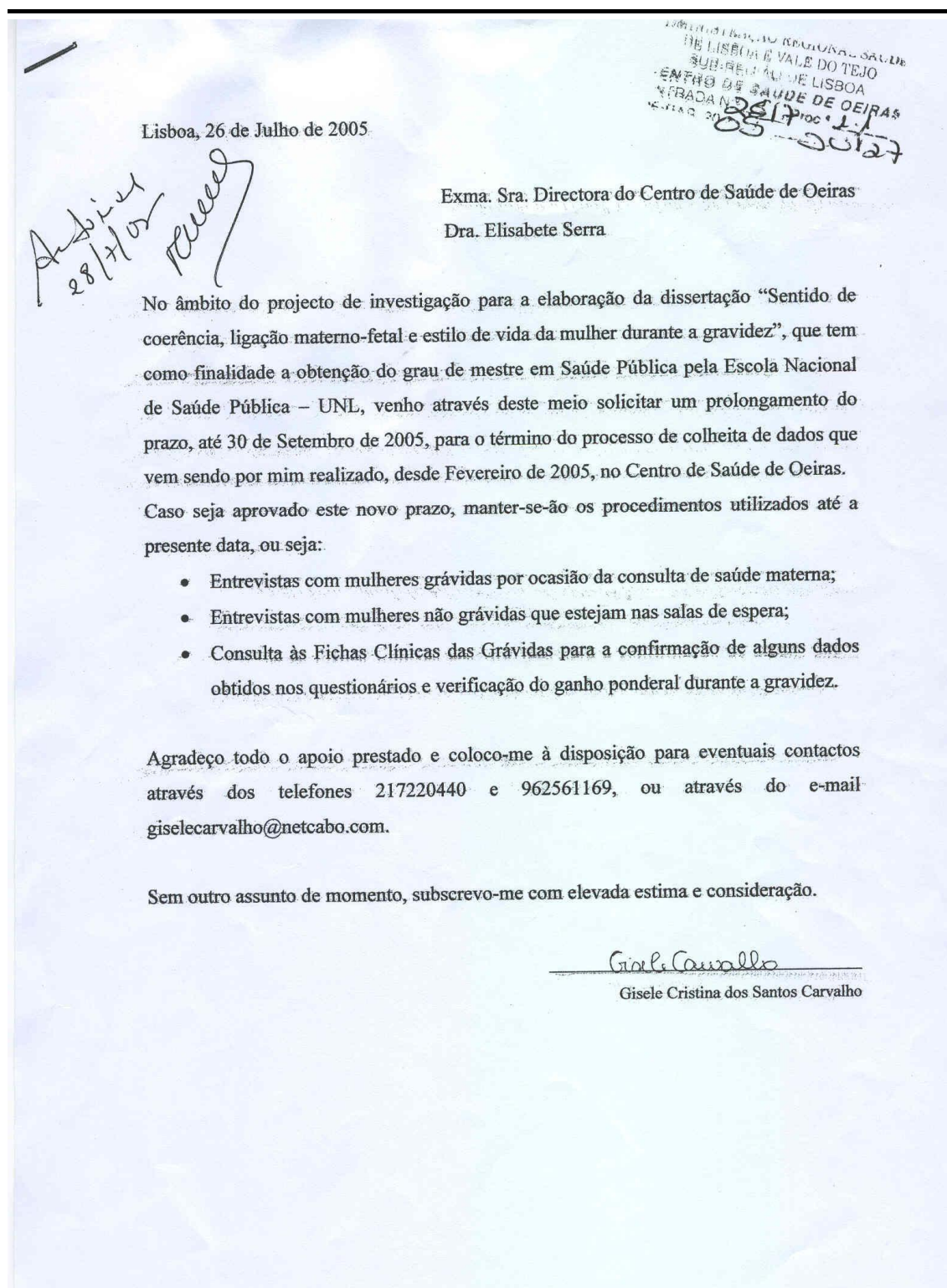
Atenciosamente

---

*Gisele Cristina dos Santos Carvalho*



**Anexo 10 – Solicitação de autorização e autorização para o prolongamento do prazo, até 30 de Setembro de 2005, de realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Oeiras**



**Anexo 11 – Carta de agradecimento pela realização do processo de colheita de dados nos Serviços de Saúde Materna dos Centros de Saúde de Oeiras e de Carnaxide extensão Linda-a-Velha**

---

Lisboa, 14 de Novembro de 2005

Exma. Sra. Directora do Centro de Saúde de .....

Dra. ....

Venho por este meio agradecer o apoio prestado por Vossa Excelência e por toda equipa do Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de ..... no decorrer do processo de colheita de dados da investigação que desenvolvi no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, cujo o tema é “Sentido de coerência, ligação materno-fetal e estilo de vida da mulher durante a gravidez”.

Informo que o referido processo atingiu os objectivos esperados, tendo decorrido com bastante tranquilidade, e que encontro-me em fase de conclusão do relatório da investigação.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração, colocando-me à disposição para eventuais contactos.

Atenciosamente

---

*Gisele Cristina dos Santos Carvalho*

Telemóvel: 962561169

E-mail: [giselecarvalho@netcabo.pt](mailto:giselecarvalho@netcabo.pt)

**Anexo 12 – Carta de agradecimento pela autorização para a realização do processo de colheita de dados no Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Alcântara e explicação pela não concretização do referido processo**

---

Lisboa, 14 de Novembro de 2005

Exma. Sra. Directora do Centro de Saúde de Alcântara  
Dra. Amália Maria Aguiar

Venho por este meio agradecer o valioso apoio prestado por Vossa Excelência e por toda equipa do Serviço de Saúde Materna do Centro de Saúde de Alcântara no que respeita ao processo de colheita de dados da investigação que desenvolvi no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública, ainda que, por questões relativas à conciliação de horários, não tenha sido possível a realização do referido processo neste Centro de Saúde.

Informo que a colheita de dados atingiu os objectivos esperados, tendo decorrido nos Centros de Saúde de Oeiras e Carnaxide extensão Linda-a-Velha, e que me encontro em fase de conclusão do relatório desta investigação – “Sentido de coerência, ligação materno-fetal e estilo de vida da mulher durante a gravidez”.

Sem outro assunto de momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração, colocando-me à disposição para eventuais contactos.

Atenciosamente

---

*Gisele Cristina dos Santos Carvalho*

Telemóvel: 962561169  
E-mail: giselecarvalho@netcabo.pt